



Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP

Tesis para optar al título de Doctora en Ciencias Naturales

“Salir del bardo”

Etnografía de las Políticas Públicas de abordaje del consumo de sustancias en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011)

Doctoranda: Mg. Jimena Parga

**Directoras: Dra. Débora Judith Tajer
Dra. Marta Mercedes Maffía**

La Plata, 1 de noviembre de 2016



Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP
Tesis para optar al título de Doctora en Ciencias Naturales

“Salir del bardo”

**Etnografía de las Políticas Públicas de abordaje del consumo de
sustancias en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011)**

Doctoranda: Mg. Jimena Parga

Directoras de tesis: Dra. Débora Judith Tajer

Dra. Marta Mercedes Maffia

La Plata, 1de noviembre de 2016

A Sol, Ana y Ro por su amor incondicional.

A todos/as aquellos/as usuarios/as de drogas que perciben como molinos de viento los servicios de atención, las políticas públicas que se ocupan de intervenir sobre los consumos, imposibles de ser alcanzados, imposibles de producir y generar bienestar. Para que los tratamientos sean otra forma de "salir del bardo", para que no sean generadores de mayores inequidades y que puedan llegar a ser una alternativa de salud.

INDICE

Agradecimientos	7
Resumen	9
Abstract	10
PRIMERA PARTE	11
Introducción	12
1. ¿Puede la política pública sobre consumo de sustancias, ser una alternativa de salud?	13
2. Objetivos de la investigación	17
3. Organización del trabajo	18
Capítulo 1. Métodos y técnicas	20
1.1 El trabajo de campo	24
1.2. Investigar en el propio lugar de trabajo	28
1.3. Técnicas cualitativas de indagación	29
1.3.1. Entrevistas	29
1.3.2. Encuesta	30
1.3.3. Fuentes secundarias	31
1.3.4. Plan de análisis de los resultados	31
1.4. Técnicas cuantitativas de análisis	33
Capítulo 2. Marco teórico de referencia	35
2.1. Gubernamentalidad, Estado y políticas públicas	35
2.1.1. Gubernamentalidad y el arte de gobernar	35
2.1.2. Estado y políticas públicas	36
2.1.3. Dispositivos sobre los consumos de sustancias	38
2.2. Género, proceso de salud-enfermedad-atención del uso problemático de sustancias. ...	39
2.2.1. Género	39
2.2.2. Género y salud	41
2.2.3. Género y consumo problemático de sustancias	42
2.3. Accesibilidad inicial y ampliada ¿adherencia al tratamiento?	44
Capítulo 3. Antecedentes en antropología médica e investigaciones sobre consumo de sustancias	49
3.1. Antropología médica clínica y crítica	49
3.2. Antropología médica en América Latina	52
3.3. Visión antropológica de los consumos de sustancias	53
3.4. Antropología de los consumos de sustancias en Argentina	55
3.5. Antropología del uso de sustancias con perspectiva de género	56
SEGUNDA PARTE	58
DISCURSOS, DISPOSITIVOS, POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS	58
Capítulo 4. Estructura que constituye el fenómeno: La violencia de la desigualdad	59
4.1. Geopolítica de las drogas	60
4.2. Drogas de origen natural	60
4.3. Drogas de síntesis	63
4.4. Argentina: de país de tránsito a país de consumo ¿y elaboración?	64
4.5. Poder y corrupción	68
4.6. Economía política de la droga	75
4.7. La crisis en Argentina	77
Capítulo 5. Modelos, discursos y políticas de intervención	86
5.1. Modelos de análisis del consumo de drogas	86

5.1.1.	Modelo ético-jurídico o moral-jurídico	86
5.1.2.	Enfoque médico-sanitario	88
5.1.3.	Enfoque psicosocial	92
5.1.4.	Modelo socio-cultural.....	94
5.1.5.	Modelo ético-social.....	95
5.1.6.	Modelo geo-político estructural.....	95
5.2.	Políticas de control de la demanda	100
5.3.	Políticas de reducción de daños y riesgos	100
Capítulo 6. Dieciocho años de la política pública en materia de drogas en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011)		103
6.1.	Las políticas del sector salud en Argentina entre 1940 y 1970	105
6.2.	El proceso de retirada del estado: desde el modelo de Estado de bienestar keynesiano hacia las políticas neoliberales	107
6.3.	Descripción de las políticas implementadas a través de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones-SPAA (1993-2002), Subsecretaria de Atención de las Adicciones-SADA, del Ministerio de Salud (2002-2009), Ministerio de Desarrollo Social (2009-2011)...	110
6.3.1.	Gestión Juan Alberto Yaría	113
6.3.2.	Gestión Eduardo Pablo Amadeo.....	120
6.3.3.	Gestión Claudio Daniel Mate Rothgerber	122
6.3.4.	Gestión Patricia Segovia	127
6.4.	El deterioro institucional	132
6.4.1.	Gestión María Graciela García.....	133
6.4.2.	Gestión Javier José Goñi Campagiorni	133
6.4.3.	Gestión Edgardo I. Binstock.....	134
6.4.4.	Gestión Gabriela Alejandra Torres - ¿Hacia una transición?.....	134
6.5.	Conclusiones	135
Capítulo 7. ¿Participación social en salud?.....		138
7.1.	Dimensiones ideológicas y prácticas de la participación social en salud.....	139
7.2.	La población estudiada y su relación con la “participación social en salud”	141
TERCERA PARTE		150
DISPOSITIVOS TERAPEUTICOS		150
Capítulo 8. Caracterización de la población asistida en la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.....		153
8.1.	Características sociodemográficas de la población estudiada	155
8.1.1.	Composición por edad.....	155
8.1.2.	Composición según sexo	156
8.1.3.	Composición por ocupación.....	157
8.1.4.	Composición por nivel educativo	158
8.2.	Identificación de grupos asociados de acuerdo a las variables de edad, sexo y período socioeconómico.....	158
8.2.1.	Caracterización de la población en relación al grupo etario, sexo y sustancia consumida.....	159
8.2.2.	Caracterización de la población en relación al período socio-económico.....	161
8.3.	Conclusiones	164
Capítulo 9. Un estudio de caso sobre la atención de usuarios/as de drogas en la Provincia de Buenos Aires		166
9.1.	Descripción del campo	168
9.1.1.	Universo o población objetivo	169
9.1.2.	Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión.....	169
9.1.3.	Consideraciones éticas.....	169

9.1.4. Presentando a las personas entrevistadas: usuarios/as de sustancias en tratamiento.....	170
9.2. Modos de transitar los padecimientos	176
9.2.1. Iniciación en el consumo.....	176
9.2.2. Periodificación del consumo de drogas en Argentina: etapas en la circulación de sustancias.....	179
9.2.3. Trayectoria de consumo.....	182
9.2.4. Del grupo al consumo individual.....	187
9.2.5. Clasificación de las sustancias y los/as usuarios/as.....	188
9.2.6. Preferencias en las combinaciones.....	190
9.2.7. Lógicas de la temporalidad: “un tiempo que nunca termina” o... “perdiendo el tiempo”.....	191
9.2.8. Experiencia del padecimiento.....	192
9.3. Conclusiones	194
Capítulo 10. gestión del tratamiento	197
10.1. Inicio de tratamiento.....	199
10.2. Complejos asistenciales.....	200
10.3. Modalidad ambulatoria en el hospital zonal especializado en adicciones.....	200
10.3.1. Percepción de los y las usuarios/as sobre la atención.....	202
10.3.2. Algunas particularidades en la gestión de tratamiento de las mujeres.....	203
10.4. Servicio de media internación en Hospital de Día	208
10.5. Accesibilidad ampliada al tratamiento desde la perspectiva de los/as usuarios/as. Obstáculos sociales: ¿apoyo familiar y social durante el tratamiento?	209
10.6. Conclusiones	216
Capítulo 11. Saberes expertos en la atención	218
11.1. Oferta terapéutica del hospital.....	219
11.2. Representaciones del equipo sobre las características de los/as “pacientes”	221
11.3. Opinión sobre la pertinencia de crear dispositivos sensibles al género.....	223
11.4. Concepciones sobre la accesibilidad ampliada o “adherencia” a tratamiento.....	225
11.5. Motivos que identifican como causales de abandono del tratamiento	226
11.5.1. Barreras de accesibilidad ampliada relativas a la institución	226
11.5.2. Barreras relativas a la relación trabajador/a de salud-“paciente”	227
11.5.3. Barreras relativas a características de los/as “pacientes”	233
11.6. ¿Quiénes presentan mayor “adherencia”?	237
11.7. ¿Cómo mejorar la “adherencia”?.....	238
11.8. Conclusiones	239
Capítulo 12. Midiendo la integralidad de género y equidad en la política pública de drogas.....	240
12.1. Género, derechos humanos y salud	240
12.2. Midiendo la sensibilidad de género en los servicios de la SADA.....	243
12.2.1. Modalidades de consumo en mujeres, varones y transexuales	244
12.2.2. Percepción sobre la accesibilidad diferencial por género.....	246
12.2.3. ¿Intervenciones que contemplen la diversidad?.....	247
12.2.4. Determinantes sociales de la salud en el marco de la perspectiva de derechos....	250
12.2.5. “¡Queremos capacitarnos!”	253
12.3. Una propuesta de medición de integralidad y equidad en la atención por uso de drogas.....	255
12.3.1. La perspectiva del equipo profesional.....	257
12.3.2. Integralidad y ciudadanía	260
12.3.3. ¿Promoción de la autonomía?.....	265
12.4. Conclusiones	268
Conclusiones Finales	270

Recomendaciones para las políticas públicas sobre uso de sustancias	282
Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias.....	282
Relevancia para la formación de recursos humanos en salud	283
Relevancia para la investigación en salud.....	283
Bibliografía.....	285

AGRADECIMIENTOS

Desde el primer acercamiento al tema, en todos estos años de trabajo y crecimiento personal, gran cantidad de personas me han ayudado y enriquecido, me han enseñado, con las cuales hemos discutido y compartido maneras de hacer y de pensar. A todas ellas, quiero expresar mi más sincero agradecimiento, sabiendo que nada de lo realizado hubiese sido posible sin su apoyo.

En primer lugar, quiero agradecer a los/as protagonistas de esta investigación: a las mujeres y hombres que compartieron sus historias de vida, sus padecimientos, sufrimientos y alegrías, con el deseo de que esta investigación sea un aporte para alcanzar la equidad de género en salud. A las y los profesionales y técnicos/as de la SPAA-SADA y del Hospital por compartir sus opiniones y posicionamientos sobre el tema, por su colaboración, hospitalidad y aportes.

A mis directoras de tesis las Dras. Débora Tajer y Marta Maffia.

Débora, por su asesoramiento, acompañamiento y dedicación, por enseñarme a mirar desde el campo del género en salud, por sus aportes precisos y el análisis crítico de esta investigación.

Marta, por su guía, paciencia, exigencia, rigurosidad en el modo de hacer antropología, por el compromiso y sus consideraciones oportunas, gracias por acompañarme durante tantos años en este camino.

A la Dra. Susana Ortale, por sus detalladas observaciones, sugerencias y apoyo, siendo mi directora de Beca de Perfeccionamiento Ramón Carrillo – Arturo Oñativia 2011-2012, otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, del Ministerio de Salud de la Nación.

Al Lic. Oscar Molteni por darme el espacio necesario para desarrollar este estudio en el Hospital, por su apertura, colaboración y compromiso con la tarea realizada.

A la Mg. María Inés Pietrangeli por haberme contagiado la pasión por el trabajo y el compromiso con la temática, por su lectura crítica y sus aportes acertados, por el camino compartido.

Al equipo interdisciplinario de la Fundación CIDAD (Centro de Investigación y Tratamiento Integral para Dependientes de Alcohol y Drogas), que me acompañó durante todos estos años. A los/as estudiantes de las Facultades de Trabajo Social, Diseño y Comunicación Social, Humanidades, Periodismo y Naturales, que realizaron pasantías y trabajos de extensión con sede en la Fundación.

A la gente de la localidad de Los Hornos con quienes tuve mis primeras experiencias de trabajo comunitario, tantos recuerdos, mates, cenas y enseñanzas compartidas.

A mis colegas de las Cátedras de Antropología Social y Cultural de la Facultad de Periodismo, de Antropología Cultural y Social de la Facultad de Humanidades, y de Antropología General de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo, por abrazar con pasión el oficio de la investigación social.

A las Lics. Lorena Setien y Gimena Palermo quienes me acompañan diariamente, pensando e intercambiando prácticas, saberes, pero también por la inmensa amistad que fuimos construyendo en estos años desde la Cátedra de “Subjetividad e Identidades de Géneros en el marco de la Cultura Contemporánea” de la Especialización en

Periodismo, comunicación social y género de la FPyCS. Y a las Prof. Lucrecia Ametrano, Flavia Delmas y Florencia Cremona, con quienes compartimos a decir de Rita Segato el desafío de minar, desgastar y desestabilizar los cimientos y la ideología que emana del patriarcado.

A mis demás amigas y amigos por los momentos, canciones, mates y charlas compartidas, por sus abrazos, palabras de aliento para seguir, pero también para vivir la vida.

A mis padres y hermano, por tantos debates en la mesa, que me enseñaron a pensar que otro mundo es posible.

A mi compañero, Rodrigo Altamirano, por tu amor, por tu paciencia y ayuda en los momentos más críticos, por ser parte y sostén de mi vida.

A nuestras hijas Sol y Ana por el amor, alegría, ternura e inocencia, por los juegos que les debo, las quiero mucho!!

A todas y todos muchas gracias!!

RESUMEN

El objetivo de la tesis consiste en analizar desde una perspectiva de género y derechos la política pública para el abordaje de los usos problemáticos de sustancias llevados adelante por la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de Provincia de Buenos Aires entre 1993 y 2011, evaluando la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en la atención.

El estudio se basa en un diseño de investigación flexible (Marradi et al., 2007), enmarcado en el método etnográfico. La información fue construida mediante observación participante, entrevistas en profundidad (con profesionales del organismo estatal y personas usuarias de sustancias), conversaciones informales y notas de campo. El trabajo de campo se realizó por un lado, en tres “villas de emergencia” del Gran La Plata, Conurbano Bonaerense y Ciudad de Rosario, Santa Fé, a fin de caracterizar las prácticas y narrativas de las/os consumidores/as, sobre sus trayectorias, padecimientos y vinculación con el sistema de salud. Por otro lado, la evaluación de distintos modelos de interpretación del tema, proposiciones filosóficas, morales, decisiones reglamentarias, medidas administrativas y el consecuente diseño de programas para su abordaje, se indagó en diversas instancias preventivas y terapéuticas del organismo, profundizando esta última área mediante un estudio de caso, realizado en un Hospital de la Subsecretaría Provincial, entrevistando a profesionales y usuarios/as del nosocomio.

En las distintas administraciones del organismo, ha existido una continuidad ideológica que sostiene una actitud moralizante y estigmatizante sobre los/as usuarios/as de sustancias y sus familias, e incluso culpabilizadora y victimizante en relación a la situación de consumo. Si bien, en algunos momentos desde el discurso de funcionarios/as emergían nociones más *aggiornadas*, incluyendo visiones que incorporaban el contexto socio político y cultural, al profundizar el análisis de los contenidos de materiales educativos, objetivos de los programas, etc., advertimos la persistencia de nociones reduccionistas, atomizadas, ahistóricas. Diversos materiales asocian “droga = muerte”, describen a la juventud como desviada, descontrolada, anómica que debe ser encausada, vigilada. A los/as usuarios/as como víctimas, esclavos/as, enfermos/as. Todos ejemplos, que remiten a los modelos ético-jurídico y médico-sanitario. Recién a fines de 2011, en adecuación con la ley de Salud Mental N° 26.657, desde los discursos comenzaron a considerarse a los/as usuarios/as como sujetos/as de derecho, incorporando un enfoque integral en el abordaje, e introduciendo la distinción entre uso y uso problemático de sustancias advirtiendo que no toda ingesta deviene en adicción.

No obstante, en las prácticas, al evaluar las estrategias terapéuticas a partir del estudio de caso en el Hospital especializado, vimos la persistencia del anterior paradigma. Allí identificamos diversas barreras de accesibilidad, donde se manifiestan inequidades en la atención, incurriéndose en la reproducción de las desigualdades por razones de género, clase, socioculturales, al igual que los estereotipos y estigmas sobre los/as usuarios/as, donde, la falta de formación académica sobre las perspectivas de derechos y de género que tienen los/as profesionales del hospital, les impide realizar una evaluación diagnóstica y posterior abordaje, acorde a las necesidades diferenciales de cada género. La justificación esgrimida para el cierre en el hospital de una sala de mujeres “porque son problemáticas”, sumado a la escasa cantidad de salas de internación para mujeres a nivel provincial y nacional, son evidencias claras de inequidad de género en la calidad de la atención.

Entendemos que los aportes de esta tesis, desde una mirada antropológica, son importantes en términos del diseño de políticas públicas, teniendo en cuenta que, en numerosas ocasiones las intervenciones para el abordaje de los trastornos asociados al uso de alcohol y otras drogas, fueron elaboradas teniendo en cuenta sólo datos estadísticos y utilizando definiciones y explicaciones provenientes del campo de la medicina, asociadas al síndrome de dependencia. En consecuencia, se han desconocido las visiones de mundo de los/as sujetos/as, grupos, instituciones y comunidades, elaborando programas que, continuaron reproduciendo las desigualdades en la atención, al tiempo que resultaron ineficaces en relación a los objetivos que pretendieron alcanzar, manifiesta en la alta tasa de abandonos del tratamiento.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to analyze from a gender and human rights perspectives, public policy carried out by the “Subsecretary for Care of Addictions” of Buenos Aires Province, between 1993 and 2011. We will evaluate the implementation of criteria such inclusion, citizenship, autonomy and gender equality in the provided care.

This study is based upon a “flexible research design” (Marradi et al., 2007), framed within the ethnographic method. Information was attained through participant observations, intensive interviews (with government professional workers as well as substance users), informal conversations and field notes. Field work was conducted, on one hand, on three “indigent neighborhoods” of Gran La Plata, Conurbano Bonaerense, Rosario city, Santa Fe, with the goal to characterize practices and narratives of the consumers, their life trajectories, conditions and their connections with the health system. On the other hand, the evaluation of different interpretation models, philosophical and moral propositions, regulatory decisions, administrative measures and the subsequent program design to address this issues, were investigated in several instances, preventive and therapeutic –this latter through a study case, in the Hospital of the Provincial Subsecretary, interviewing professionals as well of hospital users. In the different administrations, there has been an ideological continuity holding moralizing and stigmatizing attitudes towards the substance user and their families, and even blaming and victimizing attitudes in relation to the situation of consumption. Although at times, from the official dialogue emerged notions that were more “aggiornadas”, including views which incorporated the political and socio-cultural context, once we deepened the analysis of the content of educational materials, objectives, etc., we noted persistent reductionist, atomized and ahistorical notions. Several materials associate “drug=death”, described the youth as deviated, uncontrolled, anomic and that it should be watched and prosecuted. They see users as victims, slaves, and sick people. All these examples referred to ethical-legal and medical-health models. It was only at the end of 2011, in alignment with the Mental Health Act No. 26,657, when the dialogues began to consider users as subjects with rights, incorporating a comprehensive approach and introducing the distinction between use and problematic substance use, with the warning that not all intake becomes an addiction.

However, in practice, when evaluating therapeutic strategies in the case study at a specialized Hospital, we saw the persistence of the previous paradigm. There we identified various barriers to accessibility, where inequalities are manifested in the care provided, incurring in the perpetuation of inequalities based on gender, class, sociocultural, as well as stereotypes and stigmas on the users, where the lack of academic training regarding gender perspectives and rights by the hospital professionals, prevent them from making a diagnostic evaluation, according to the different gender needs. The justification given for the closure, in the hospital, of a women’s room “because they are problematic”, coupled with the small number of hospital wards for women at provincial and/or national levels, are clear evidence of gender inequity in the quality of care.

We understand that the contributions of this thesis, from an anthropological perspective, are important in terms of designing public policies, considering that, on numerous occasions interventions aim at problems related with the use of alcohol and other drugs were developed taking into account only statistical data and employing definitions and explanations from the medical field, associated with the dependence syndrome. As a consequence, the worldviews of the subjects, groups, institutions and communities have been ignored, and thus, the ongoing programs continued to perpetuate inequalities in care, while being ineffective in relation to the objectives sought to be achieved, manifested in high dropout rate of treatments.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN

La declaración de la Convención Única sobre Estupefacientes en 1961 consolidó la normativa internacional vigente estableciendo las directrices de las políticas contra las drogas y las consecuentes adecuaciones legislativas nacionales.

Es en ese momento en que se establece un punto de inflexión, sentando las bases para comenzar a definir a la producción, circulación y consumo de sustancias como problema y desarrollar distintos mecanismos de control.

Producto de ello, una abundante variedad de disciplinas comenzaron a ocuparse de su abordaje e interpretación, abarcando la multidimensionalidad (económica, política, social, cultural, sanitaria, etc.) de los fenómenos que se fueron construyendo en torno a la cuestión. Conformando al mismo tiempo modelos, discursos, políticas y prácticas de intervención.

Pese a la profusión de investigaciones realizadas en este campo, ha existido una escasa tradición en la evaluación de las políticas públicas y los efectos que éstas han tenido y tienen sobre la población de la cual se ocupan.

En función de ello, en esta tesis, partiendo de indagar las necesidades de los/as usuarios/as de sustancias, nos ocupamos de observar distintas aristas de la intervención estatal sobre el abordaje de los consumos de drogas en la Provincia de Buenos Aires, tanto en el nivel preventivo como terapéutico; evaluando en su enfoque la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en el abordaje. Para ello, consideramos imprescindible, situar el examen de la política pública, en las condiciones sociopolítico-económicas que ha atravesado el país durante los años que abarca nuestro estudio, desde 1993 hasta fines de 2011, al igual que los debates sobre reformas legislativas que se han dado en el presente milenio en torno a las políticas de drogas y su articulación con el derecho a la salud como una cuestión indispensable e inseparable del respeto de los Derechos Humanos.

Entendemos que los aportes de esta tesis, desde una mirada antropológica –a partir, por un lado, del análisis de las prácticas y narrativas de las/os consumidores/as, sobre sus trayectorias, padecimientos y vinculación con el sistema de salud y por otro, los dispositivos de respuesta estatal que se ocupan de intervenir sobre los consumos de sustancias–, son importantes en términos del diseño de políticas públicas. Afirmamos que este tipo de indagación resulta imprescindible teniendo en cuenta que, en numerosas ocasiones las intervenciones realizadas para el abordaje de los trastornos asociados al uso de alcohol y otras drogas, fueron diseñadas teniendo en cuenta sólo datos estadísticos y utilizando las definiciones y explicaciones provenientes del campo de la medicina, específicamente del modelo médico hegemónico sobre las consecuencias asociadas al síndrome de dependencia. Asimismo, ha operado fundamentalmente en dichos abordajes una mirada individualista del/a usuario/a de drogas, desde un modelo ético-jurídico.

Esta consideración, pone de relieve que el diseño de las políticas públicas en materia de drogas ha desconocido las visiones de mundo de los/as sujetos/as, grupos, instituciones y comunidades, elaborando programas que, como veremos, resultaron ineficaces en relación a los objetivos que pretendieron alcanzar.

En esta línea, en el presente estudio nos ocupamos de analizar los dispositivos (Foucault, 1993) de respuesta estatal que se organizan como política pública para el abordaje de los usos problemáticos de sustancias, tanto en las instancias de prevención del consumo de drogas a nivel comunitario, como en las estrategias y modelos de intervención terapéutica para usuarios/as que se encuentran en tratamiento. Es decir, que realizamos una evaluación (desde una perspectiva de derechos y de género), de los distintos modelos de interpretación del tema, proposiciones filosóficas, morales y el consecuente diseño de programas para su abordaje, decisiones reglamentarias, medidas administrativas, inscriptas en un juego de saber-poder, que la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, ha implementado desde su creación en 1993 hasta fines de 2011.

1. ¿Puede la política pública sobre consumo de sustancias, ser una alternativa de salud?

Me enganche en la droga cuando lo mataron a mi viejo, yo estaba mal y me enganché porque encontraba una tranquilidad..., porque me olvidaba de los problemas y no aceptaba la muerte de mi viejo, estaba tranquila, no me importaba nada, no me importaba nada.

A mi viejo le pegaron un tiro en la puerta de mi casa cuando salió por una pelea de mi hermano. Pero no se metió, estaba parado y le pegaron un tiro con una mira telescópica desde el otro lado de la autopista, con carabina, le destrozaron la cabeza, y nunca me la banqué.

(...) a mí me pinta el que salgo de todo el bardo, y me quedo muy en la mía, es como que me encierro, me encierro y me quedo tranquila.

- ¿Qué es el bardo?

El bardo es todo, lo de mi viejo, salir con el carro y no traer nada, todo eso.

Con el paco, cortás con el bardo ¿me entendés? [María, 32 años].

Esta cita se hallaba entre las numerosas notas que hemos registrado a lo largo de esta investigación. Al igual que los sentidos que María¹ le otorga al uso de drogas como lugar de escape, hemos documentado relatos similares de otros/as usuarios/as, donde observamos que para muchos/as el consumo de sustancias se presenta como la alternativa para "salir" de la opresión, de la violencia estructural, pero también de la violencia de género, de la carencia, de la pobreza cotidiana. Una y otra vez las narrativas se superponen, se imbrican en la escasez, en la muerte joven, en la estigmatización, el sufrimiento, el apartheid dentro de la ciudad, la territorialización de la exclusión.

Asimismo, consideramos que las palabras de María sintetizan las modificaciones en la vida cotidiana producidas durante las últimas décadas (que llegó a su punto álgido a comienzos de siglo durante la crisis argentina de 2001-2002) en los distintos barrios en que realizamos trabajo de campo. Allí, los malestares y la falta de alternativas viables

¹ En esta tesis, para resguardar la identidad de las personas que participaron en la investigación se cambiarán sus nombres o utilizará un código para identificarlas. Por el mismo motivo, se reserva la identificación y ubicación geográfica de los barrios e instituciones donde se realizó trabajo de campo.

para muchos/as vecinos/as son moneda corriente. Esta joven es una de las tantas usuarias que no han sido alcanzadas, alojadas, por los servicios de salud, debido a la existencia de distintas barreras de accesibilidad que han operado y que serán discutidas en la tercera parte de esta tesis.

El contacto con ella fue a través de la encargada de un comedor. Tras varios intentos para entrevistarla, logramos coincidir en algunos encuentros dándole el espacio para que pudiera hablar sobre su vida, su trayectoria en el consumo, su experiencia de padecimiento, y también las relaciones esquivas con los centros de atención para usuarios/as de drogas. Ahora bien, no sólo su vida en situación de pobreza, marca una particular modalidad de exclusión, sino también el hecho de ser una usuaria de drogas mujer en el marco del sistema patriarcal imperante. Además, una cuestión que se suma como factor de desigualación proviene del ámbito normativo, debido a la existencia de un orden moral prohibicionista² del consumo de sustancias, a partir del cual se estigmatiza a los/as usuarios/as de drogas ilegalizadas³, pero bajo la existencia de un ojo racializador, que criba y señala principalmente a los/as jóvenes de los sectores populares.

Un marco normativo que, a pesar de la intención de disuasión del consumo y control del narcotráfico ha fracasado claramente en el logro de sus objetivos, desde la perspectiva prohibicionista que guía las políticas públicas en materia de drogas, amparadas en la Ley 23.737. Por el contrario, es evidente el aumento del consumo de sustancias desde su sanción en 1989, pero también la diversificación de las prácticas de ingesta, y del tipo de drogas disponibles. Un ejemplo de esta multiplicidad de nuevos tóxicos y que adquirió presencia mediática luego de la crisis de 2001, ha sido el uso de Pasta Base de Cocaína (en adelante PBC) entre los/as usuarios/as de los barrios más desfavorecidos, sustancia que por su ingesta compulsiva produce un marcado y acelerado deterioro en la salud de los/as consumidores/as intensivos/as de “paco”⁴.

Otro aspecto a ser señalado, es la estigmatización y criminalización a la que se han visto sometidos/as los/as consumidores/as desde la sanción de esta ley. Siendo los sectores populares los que se vieron mayormente afectados. Uno de los supuestos que guía nuestro trabajo es que, en virtud de las diversas actitudes, prácticas, discursos y sentidos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, existen distintos dispositivos de

² La perspectiva prohibicionista sobre los usos de sustancias se consolidó a mediados del Siglo XX, ilegalizando determinadas drogas tanto a nivel de su producción, circulación y consumo, generando por un lado disputas internacionales sobre el control del comercio de estupefacientes, y por otro, tiñendo al consumo de una lógica de quebrantamiento de la ley y clandestinidad.

Algunas de las características de esta perspectiva son desarrolladas en el capítulo 5 donde describimos los modelos que se desplegaron alrededor de esta estrategia.

³ Coincidimos con Ana Clara Camarotti y otros (2015: 1) en emplear el término *drogas ilegalizadas* porque permite dar cuenta del carácter histórico y social por el cual la producción, la comercialización y el consumo de ciertas sustancias han sido consideradas prácticas delictivas. El vocablo permite romper con la idea según la cual el estatus legal es una condición inherente a las sustancias.

⁴ El “paco” es la denominación nativa que se le da a la sustancia residual de la cocción de la PBC para producir clorhidrato de cocaína. Como se describe en el capítulo 4, lo que ingresa por la frontera noroeste de nuestro país es “la cocaína básica, que luego es procesada en laboratorios clandestinos argentinos y convertida en clorhidrato de cocaína. La disponibilidad y mejor precio de los precursores químicos necesarios para producir cocaína en la Argentina favorecerían notablemente la opción de la producción local. El paco sería un negocio menor del gran negocio de la cocaína” (...) “el laboratorio no viene a vender paco: viene a refinar cocaína” *Transnational Institute* (TNI) (2006: 12).

respuesta social y estatal que asumen modalidades de: tolerancia, punición o medicalización, según la configuración de los grupos de usuarios/as y el tipo de relación que éstos establecen con las sustancias. Es decir, que los sectores más desfavorecidos dentro de la estructura social, a partir de la fuerte estigmatización que cae sobre ellos, son alcanzados por el dispositivo punitivo a partir de la Ley 23737, siendo en algunos casos canjeada su pena de prisión por una “medida de seguridad educativa o curativa”⁵ pero, en la mayoría de los casos, son sometidos/as a una u otra modalidad: punitiva o medicalizadora. Mientras que para los sectores más acomodados, donde el capital social y cultural les permite tener otros resortes de protección, el consumo es más tolerado, ejemplo de esto, es la permisividad del consumo de éxtasis y otras drogas de síntesis, que no causa el mismo “pánico social” que el que se pone en evidencia, por ejemplo, con la presencia de “paqueros/as”⁶.

A lo largo de la tesis, trataremos de ir respondiendo a la pregunta inicial de este apartado: “¿puede la política pública sobre consumo de sustancias, ser una alternativa de salud?”. Para ello hemos indagado los dispositivos que desde la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (SADA) se despliegan como política pública en la materia, tanto en el área preventiva como terapéutica, en el período seleccionado (1993-2011).

Siendo que nuestro análisis se extiende desde la creación de este organismo público en 1993, hasta fines de 2011, señalaremos las fortalezas y debilidades de cada una de las gestiones de gobierno que se fueron sucediendo, en pos del cumplimiento de mayores grados de equidad en la calidad de la atención desde una perspectiva de género.

Para poder dar cuenta de la historia de las políticas de drogas en la provincia, es preciso traer a colación que el debate actual sobre las reformas legislativas⁷ en torno a las políticas de drogas, se articula con el Derecho a la Salud como una cuestión indispensable e inseparable del respeto a los Derechos Humanos. En este sentido, el fallo Arriola⁸ de la Corte Suprema de Justicia de 2009, ubicó a la dependencia de drogas

⁵ Actualmente rige la Ley 23.737 sobre tráfico y consumo de drogas, promulgada en 1989. Esta ley sanciona penalmente la tenencia de drogas, cualquiera sea su cantidad y cualquiera sea el propósito con que se tenga la sustancia. En aquellos casos en que los estupefacientes estén destinados al consumo personal, la punición puede ser reemplazada por medidas alternativas de seguridad “curativa” o “educativa”, dependiendo de que se trate de un/a “drogadependiente” o de un/a “principiante” o “experimentador/a”.

⁶ En el lenguaje cotidiano, se denomina paqueros/as, a los/as consumidores/as de Pasta Base de Cocaína (PBC) o “paco”.

⁷ Entre el año 2010 y 2011 se presentaron 7 proyectos para la modificación de la Ley 23.737 sobre tenencia y tráfico de Estupefacientes, tendientes a la descriminalización del/a usuario/a de sustancias y despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal. Paralelamente, aunque no a través de proyectos legislativos, otras voces plantean la legalización del consumo.

Para un análisis detallado de los debates sobre las políticas de drogas ver: Galante y otros (2012).

⁸ El Fallo Arriola de la Corte Suprema de Justicia declara la inconstitucionalidad del art. 14 inciso segundo de la Ley 23.737, el cual sanciona penalmente la tenencia de estupefacientes para consumo personal. En la sentencia se expresa la incompatibilidad de dicho artículo con el principio de reserva, que se encuentra en el artículo 19 de la Constitución Nacional, a partir del cual se protegen las acciones privadas de las personas, que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero.

Cabe aclarar que en las escasas oportunidades en que las causas por tenencia de drogas llegaron al Supremo Tribunal de Justicia, fueron resueltas alternativamente con posiciones contrarias según el contexto sociohistórico.

como un problema a resolver en el ámbito de la Salud Pública⁹. En el mismo, la Corte exhortó “a todos los poderes públicos a asegurar una política de Estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los/as menores, a fin de dar adecuado cumplimiento a los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el país” (CSJN, 2009: Fallo Arriola, Sebastián y otros s/ causa n° 9080).

Al respecto, algunas/os especialistas (Touzé, 2010) plantean que esta importante medida sienta precedentes en la no criminalización de los/as consumidores/as, sin embargo, al mismo tiempo advierten del riesgo que puede conllevar a medicalizar-psiquiatrizar a todo/a consumidor/a de drogas, al alejarse de explicaciones que incorporen la complejidad de la temática considerando dimensiones sociales, culturales, económicas, e inclusive geopolítico-estructurales.

En correspondencia con los avances jurídicos, se halla la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año. Algunos de los tópicos que dicha norma instituye, son relevantes para nuestro caso de estudio. Entre ellos podemos citar el artículo 9 que jerarquiza las modalidades de “abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”.

En relación al modelo de atención, la ley considera que la internación debe ser considerada como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Artículo 14).

Asimismo, establece que la “internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios” y que “en ningún caso puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda” (Artículo 15).

Con un fuerte anclaje en una perspectiva de derechos humanos en salud, considera que “las personas con uso problemático de drogas, legalizadas e ilegalizadas, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud” (Artículo 4). En el mismo sentido, el artículo 7 promueve entre otros, el derecho a una atención sanitaria y social integral y humanizada, gratuita, a partir de un acceso igualitario y equitativo; a que los/as usuarios/as de los servicios de salud mental y adicciones no sean identificados/as ni discriminados/as por un padecimiento mental

Ver Nino, Carlos Santiago (1979) para un análisis profundo de los cambios de concepciones respecto a la constitucionalidad o inconstitucionalidad de las leyes que reprimen directa o indirectamente el consumo de estupefacientes.

⁹ Según un estudio de junio de 2014 realizado por la Fiscalía Federal n° 6 a cargo de Federico Delgado (Cosecha Roja, 2014), de 277 causas relevadas, el 73 % (203 casos) de las detenciones es por infracción a la ley de drogas, mientras que el 27% se relaciona con otros delitos de competencia federal (74 casos). La mayoría de los delitos relacionados con drogas son causas por consumo personal (71%), el 24% es por comercio de estupefacientes y el 5% por tenencia simple. Aunque según manifiestan desde esta fiscalía se ciñen al Fallo Arriola y en consecuencia, la totalidad de causas por tenencia para consumo personal se archivan. Sin embargo la plena vigencia de la ley de drogas permite la “selectividad policial” y posiblemente también la “selectividad judicial”, según sea el caso de la persona que es detenida o judicializada.

actual o pasado; asimismo, refuerza la necesidad de instituir el derecho al consentimiento informado; derecho a recibir tratamiento y a ser tratado/a con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja los derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a un acompañamiento de sus familiares antes, durante y luego del tratamiento; derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable (Ley Nacional 26657; 2010).

Paralelamente, destacamos que desde el ámbito científico profesional, se vienen discutiendo cuáles son las líneas de trabajo que deben priorizarse. Por ejemplo, en el Primer Taller para la Fijación de Prioridades en Investigación sobre respuestas socio-sanitarias a los consumos problemáticos de drogas, del cual participamos en 2009, concluimos que “el consumo problemático de drogas puede ser prevenido y tratado. En este sentido, los mejores resultados se obtienen basándose en modelos que reconozcan que dada la complejidad de la situación se requiere de un abordaje multidisciplinario” (Camarotti, et al., 2009: 7). En el mismo documento, se acordó en la identificación de la inexistencia de una política integral de salud que brinde respuesta a la problemática del consumo de drogas y se coincidió en la necesidad de encarar el consumo como un problema de salud pública (Camarotti, et al., 2009: 9). Asimismo, se resaltó la existencia de vacíos en investigaciones que consideren la perspectiva de género (Camarotti, et al., 2009: 5).

Siguiendo estos lineamientos, en el Taller donde participamos especialistas de distintos ámbitos de trabajo y disciplinas, se acordó que en aquellos casos que se trate de un consumo problemático de drogas, los y las usuarios/as tienen derecho a acceder a servicios asistenciales que partan del reconocimiento de sus necesidades diferenciales, entre ellas la variable de género, y se sustenten en modelos que reconozcan la complejidad de la situación, requiriéndose de un abordaje multidisciplinario, integral, con alternativas múltiples incluidas las estrategias de reducción de daños y riesgos, desde una vinculación del Estado y la Sociedad Civil y otros sectores que puedan contribuir a la temática.

2. Objetivos de la investigación

Considerando las cuestiones puestas de relieve hasta el momento, el Objetivo General de esta investigación es analizar desde una perspectiva de género y derechos la política pública para el abordaje de los usos problemáticos de sustancias llevados adelante por la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de Provincia de Buenos Aires entre 1993 y 2011, evaluando la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en la atención.

Objetivos específicos:

1. Describir el contexto nacional e internacional, donde se desarrolla el complejo: uso de sustancias, pobreza y salud, en el cual se inscriben las políticas públicas en la materia.
2. Caracterizar los distintos modelos de interpretación, proposiciones filosóficas, morales y el consecuente diseño de programas para su abordaje, que la Subsecretaría

de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, ha implementado desde su creación en 1993 hasta fines de 2011.

3. Caracterizar los cambios en el perfil de la población asistida entre 1997 y 2007 en la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, teniendo en cuenta distinciones por sexo, edad, sustancia consumida y la incidencia de la crisis socioeconómica argentina del 2001-2002.
4. Analizar la sensibilidad de género presente en los equipos asistenciales y la incorporación de los determinantes de salud en los diagnósticos y prácticas terapéuticas.
5. Evaluar la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en la atención del uso problemático de sustancias en un centro especializado dependiente de la Subsecretaría.
6. Indagar desde una perspectiva de género y derechos los factores que pueden atentar o facilitar la accesibilidad inicial y ampliada o permanencia en los tratamientos.

3. Organización del trabajo

La primera parte de la tesis está compuesta por esta introducción, los métodos y técnicas utilizadas (capítulo 1), el marco teórico de referencia (capítulo 2) y los antecedentes en antropología médica al igual que las investigaciones sobre el tema (capítulo 3).

El resto de la tesis, se desarrolla en dos grandes ejes de análisis, por un lado, dentro de la segunda parte, nos ocupamos de describir las nociones, discursos y prácticas que se despliegan como núcleo duro de la política pública, incluidos los distintos programas implementados. Mientras que en la tercera parte, nos ocupamos de evaluar desde distintas aristas los dispositivos terapéuticos, y los grados de integralidad, ciudadanía, equidad de género con que se imparten los tratamientos.

Para ser más explícitas, la segunda parte de la tesis se divide en 5 (cinco) capítulos a saber. En el capítulo 4 (cuatro) nos ocupamos de describir el contexto geopolítico, la economía política en que tienen lugar los consumos de sustancias y la situación de crisis de principio de siglo en la Argentina que dio paso a nuevas lógicas en los intercambios, prácticas, sufrimientos y muertes.

Adentrándonos en los objetivos de este trabajo, en el capítulo 5 (cinco) partimos de analizar distintos modelos de interpretación e intervención sobre los consumos de sustancias y evaluar cuáles de éstos, son los que guiaron las acciones de las distintas gestiones que se fueron sucediendo (capítulo 6). Intentamos dar cuenta de la complejidad del proceso de formulación de políticas, las contradicciones, superposiciones, ambigüedades y disputas en la manera de nominar y actuar. Considerando no sólo el posicionamiento que tuvo cada gestión sobre el uso de sustancias, sino también, las instancias de incorporación de una perspectiva de equidad de género y derechos en sus programas.

En el capítulo 7 (siete) analizamos la distancia que percibimos entre las distintas estrategias de prevención implementadas por la subsecretaría (descriptas en el capítulo anterior) y las necesidades concretas de la población a la cual van dirigidas dichas acciones, las cuales se inscriben en un contexto de violencia, pobreza y desamparo. En este sentido nos ocupamos de observar la eficacia que pueda llegar a tener para los

colectivos sociales, la implementación de programas de intervención comunitaria que apelen a la idea de “participación social en salud”.

La tercera parte de la tesis se divide en 6 (seis) capítulos. Aquí nos dedicamos a evaluar los dispositivos terapéuticos, los obstáculos y oportunidades en la generación de equidad de género en el tratamiento del uso problemático de sustancias.

En el capítulo 8 (ocho), caracterizamos la población atendida en la SADA, observando el impacto que la crisis de 2001-2002 tuvo en los grupos de consumidores/as y los cambios que se produjeron. Esto se realiza a partir de la valoración de los registros estadísticos de las personas atendidas durante diez años en la Subsecretaría, entre 1997 y 2007. Mostrando la presencia de variaciones en el perfil de usuarios/as en tratamiento, según el tipo de sustancias consumidas, edad de inicio, edad al momento del tratamiento, etc. Utilizando como variables discriminantes principales: la desagregación por sexo y el momento histórico (tomando como referencia el antes y después de la crisis sociopolítica y económica de fines de 2001 y 2002).

Los capítulos 9 (nueve) y 10 (diez), a partir de un estudio de caso de corte etnográfico que realizamos en el marco de esta tesis, en un hospital público especializado en la atención del uso de sustancias, dependiente de la Subsecretaría de Atención de Adicciones (SADA) de la Provincia de Buenos Aires, focalizamos por un lado el análisis en las representaciones y prácticas de los/as usuarios/as en cuanto a la trayectoria de consumo, los modos en que perciben el riesgo ligado al uso de sustancias y aspectos vulnerables diferenciales en mujeres y varones. Asimismo, los costos familiares y sociales para uno y otro género. Por otro lado, describimos los modos de padecer, consultar y transitar diferencialmente el tratamiento.

En el capítulo 11 (once) caracterizamos las representaciones y prácticas del equipo terapéutico en relación a la incorporación de una perspectiva de género en la atención, al igual que las evaluaciones que realizan sobre los/as “pacientes”, los dispositivos que se ofertan, y los elementos que pueden atentar o facilitar la accesibilidad ampliada al tratamiento.

En el capítulo 12 (doce), evaluamos los grados de integralidad y equidad de género mediante dos instrumentos, por un lado, una encuesta dirigida a los equipos de salud de la SADA, aplicada en 6 regiones sanitarias de la Red de Atención del organismo, y por otro, tomamos como base la adaptación de los instrumentos de indagación de la “Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN)” elaborada por la Dra. Débora Tajer y equipo, y la aplicamos en nuestro caso de estudio en el Hospital de referencia.

Por último, presentamos las conclusiones y algunas sugerencias para el mejoramiento de las políticas públicas en este campo, incorporando la perspectiva de género en términos de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad.

CAPÍTULO 1. MÉTODOS Y TÉCNICAS

La tesis que aquí presentamos, es el resultado de un largo proceso de indagación que se ha extendido desde 2002 hasta la actualidad, en el cual hemos combinado una serie de métodos y técnicas¹⁰ que permiten echar luz sobre los fenómenos complejos que se articulan entre el uso de drogas, pobreza y salud.

El interés por este tema de investigación se fue consolidando mientras cursaba¹¹ la carrera de grado en antropología y paralelamente trabajaba como empleada administrativa en la primer Organización No Gubernamental (ONG)¹² de la ciudad de La Plata (creada en 1982), la Fundación CIDADAD (Centro de Investigación y Tratamiento Integral para Dependientes de Alcohol y Drogas) especializada en la atención de personas usuarias de sustancias. Avanzada la carrera comencé a participar en las reuniones del equipo técnico-profesional interdisciplinario y en algunas actividades de prevención comunitaria, entonces tuve oportunidad de especializarme, hasta formar parte actualmente de la Comisión Directiva y dirigir el Área de Investigación y Prevención de la organización.

Esta primera etapa fue muy rica en cuanto a la construcción del posicionamiento ideológico-político respecto a los consumos de sustancias, ya que para la época (década del 90) la visión de la institución era muy avanzada, alejándose de los paradigmas prohibicionistas generalizados, que desde modelos ético-jurídico y médico-sanitario (ambos serán desarrollados en el capítulo 6), culpabilizaban y estigmatizaban a los/as usuarios/as y sus familias, al mismo tiempo que consideraban los consumos en términos de adicción, como una patología crónica e incurable, que debía someterse al control social permanente.

Otra cuestión a destacar de la Fundación, e innovadora para el momento, era el enfoque utilizado como tratamiento desde la orientación de terapia familiar sistémica, que propiciaba acciones movilizantes en períodos de tiempo breves, con modalidad ambulatoria, considerando a la internación como un recurso acotado a casos muy específicos y transitoria, corriendo el eje de la intervención desde el/la “paciente identificado/a como problema” a las relaciones vinculares en distintas redes, ya sean

¹⁰ Etimológicamente, método proviene del griego, cuyo prefijo met (meta), en combinación con el sustantivo odoc (camino), en suma, el compuesto metodoc, significa por lo tanto “camino con el cual se llega a una meta”. Es decir que el método hace referencia al carácter global de decisiones sobre los senderos a seguir de acuerdo a las exigencias específicas del problema de investigación. Por otro lado las técnicas serían los instrumentos operativos, estarían en un nivel práctico (Marradi et al, 2007).

Para un análisis crítico de la visión clásica de concebir al método como universal y como una secuencia unidimensional de pasos a seguir, ver Marradi et al, 2007: 47-59.

¹¹ Queremos aclarar que, salvo en algunos fragmentos de este capítulo 1 donde hemos utilizado la primera persona del singular, para dar cuenta de algunos posicionamientos que tocan aspectos personales de la investigadora en el campo de estudio, en el resto de la tesis, utilizamos la tercera persona del plural, partiendo de la premisa que entiende que el conocimiento se co-construye con otros/as, nunca en soledad, es social y público, y por lo tanto, desde este punto de vista consideramos que los resultados de esta investigación son el producto del encuentro con las diversas personas que han participado en esta investigación, dando sus puntos de vista, sus conocimientos, sus experiencias, sus padeceres y sufrimientos, sin ellas nada podría haberse escrito.

¹² ONG: Organización No Gubernamental.

familiares, parentales, de pareja, laborales, etc., todas cuestiones que en la actualidad son contempladas en la Ley de Salud Mental, sancionada en 2010.

En 1994, la Fundación CITIDAD estableció un convenio con la entonces recientemente creada Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (institución objeto de nuestro análisis) para desarrollar un proceso de intervención comunitario en la localidad de Los Hornos, ciudad de La Plata. Mi participación en el proyecto se fue ampliando progresivamente. Esta relación entre el Estado y una Organización de la Sociedad Civil (OSC) con una trayectoria previa de 12 (doce) años de consolidación de su modelo de intervención, fue posible por la dinámica de trabajo planteada por quien fuera en ese momento Coordinadora Regional de la Secretaría de Adicciones, la Lic. Miriam Etcharren, quien posibilitaba el trabajo de los equipos con autonomía en cuanto al marco conceptual que se desplegaba en la práctica y en el reconocimiento de los distintos saberes sobre el tema. Sin embargo, en otros territorios donde las intervenciones fueron desarrolladas por profesionales de planta de la Secretaría de estado y/o donde los/as coordinadores/as regionales eran más verticalistas, se implementaron con mayor fuerza los discursos ético-jurídico y médico-sanitario que caracterizaba a al modelo estatal de la época.

Como veremos en el capítulo 7 (siete), en 2001 se produjo el primer cambio de gestión que atravesaría la Secretaría provincial, perdiendo en ese mismo momento el rango ministerial, para pasar a ser absorbida por el Ministerio de Salud. En esa oportunidad muchos de los convenios que se habían establecido con las ONGs. se disuelven y progresivamente gran parte de las y los profesionales fueron incorporadas/os al organismo estatal dentro de sus recursos humanos, con distintas modalidades de contratación, momento en el cual comencé a formar parte del plantel de la SADA.

En este recorrido fui definiendo no sólo el interés en la temática para el ejercicio profesional, sino que comencé a perfilar el tema de esta investigación, iniciando la observación del propio ámbito laboral y construyendo en torno al mismo el objeto de estudio. El hecho de haber presenciado sucesivos cambios de gestión con algunas variaciones, pero con más continuidades en las prácticas y discursos, en las concepciones sobre el uso de sustancias y sobre las y los consumidoras/es, al igual que en las modalidades terapéuticas y de prevención, requirieron un examen detenido y sistemático que se inició en 2002.

La imposibilidad de pensar el tema unidireccionalmente, hizo que los frentes de indagación hayan sido múltiples, y que si bien en algunos casos parecieran poco articulados, todos han tenido como hilo conductor, el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención de usuarios/as de sustancias, indagando no sólo los saberes expertos y las respuestas sociosanitarias que desde el Estado se dan a través de programas y proyectos, sino que, desde un punto de vista relacional caracterizamos los modos en que se articulan las necesidades de los/as usuarios/as respecto de una atención integral, con principios de ciudadanía, autonomía y equidad; y la efectiva accesibilidad inicial y ampliada que puedan tener éstos/as a los servicios de salud en general y de tratamiento por consumo de sustancias en particular.

Quisiéramos aclarar, que la perspectiva que utilizamos en esta tesis se inscribe en la propuesta de análisis relacional de Pierre Bourdieu, considerando que un enfoque de

este tipo conduce a “caracterizar todo elemento por las relaciones que lo unen con los otros en un sistema y del cual éste extrae su sentido y su función” (Bourdieu, 2007:13). Desde este punto de vista, Bourdieu sostiene que “el principio de una aprehensión relacional del mundo social: afirma en efecto que toda la “realidad” que designa, reside en la exterioridad mutua de los elementos que la componen. Los seres aparentes, directamente visibles, trátense de individuos o de grupos, existen y subsisten en y por la diferencia, es decir en tanto que ocupan posiciones relativas en un espacio de relaciones que, aunque invisible y siempre difícil de manifestar empíricamente, es la realidad más real (el *ens realissimum*, como decía la escolástica) y el principio real de los comportamientos de los individuos y de los grupos” (Bourdieu, 1997: 47).

Esta perspectiva no es nueva, puede rastrearse en los trabajos de Durkheim y Marx. Tal vez la expresión más clara puede hallarse en las referencias de Karl Marx en *Die Grundrisse* (1857), respecto a su crítica a las “robinsonadas dieciochescas”, afirmando que “la sociedad no consiste en individuos; ella expresa la suma de las conexiones y relaciones en que los individuos se encuentran” (Marx, 1986: 77).

Otro claro ejemplo de la perspectiva relacional en Marx es el análisis que realiza respecto a lo que ha dado en llamar “el carácter místico de la mercancía”, “el fetichismo de la mercancía” (Marx, 1994: 37-38), siendo que “la forma fantasmagórica de una relación entre objetos materiales no es más que una relación social concreta establecida entre los mismos hombres” (op. cit.: 38).

Al igual que el enfoque de Marx, concordamos con Loïc Wacquant (2005) en que “lo que es especial acerca de Bourdieu es el celo y la inexorabilidad con que despliega esta concepción, como lo evidencia el hecho de que sus dos conceptos clave de *habitus* y campo, designen haces de relaciones” (Wacquant, 2005: 44).

En otro orden de cosas nos interesa resaltar, que el estudio se basa en un diseño de investigación flexible (Marradi et al., 2007: 74), siendo que si bien muchas cuestiones fueron definidas de antemano, por ejemplo los/as sujetos/as de interés (agentes estatales y decisores/as de la política pública en materia de drogas en la Provincia de Buenos Aires, usuarios/as de sustancias, profesionales del sistema de salud, etc.) y los espacios donde se realizaría el trabajo de campo (Subsecretaría de Atención de las Adicciones, Centros asistenciales, barrios de sectores populares, etc.), muchas decisiones las fuimos tomando una vez que alcanzamos cierto conocimiento directo del campo. Ejemplo de ajustes de este tipo, sería el hecho que una vez caracterizada la política pública de acuerdo a los distintos modelos de abordaje que la Subsecretaría desplegó en los dieciocho años que abarca nuestro análisis, consideramos que era importante focalizar la indagación en un centro especializado en la atención del uso problemático de sustancias, a fin de ver cómo esas interpretaciones, proposiciones teóricas, morales, decisiones reglamentarias, etc. eran implementadas en un caso concreto de intervención. Es decir, que a lo largo de los años, fuimos tomando diversas medidas que requirieron la revisión de criterios previos, conforme los progresivos conocimientos que íbamos construyendo sobre el tema, en un diálogo permanente entre aspectos teóricos y empíricos.

En los siguientes apartados, describiremos los métodos y técnicas utilizadas tanto en el trabajo de campo como en la instancia de análisis, realizados en distintas etapas y años de indagación.

A lo largo de la investigación llevamos a cabo distintas aproximaciones para el estudio de un mismo fenómeno, perspectiva que remite a los debates actuales sobre “triangulación de métodos” (Vasilachis, 1993; Marradi et al., 2007). Si bien esta investigación se enmarca principalmente en el método etnográfico propio de la antropología, consideramos importante, además, valernos de técnicas estadísticas en dos instancias, por un lado, para poder obtener una dimensión global de las características de las usuarias y los usuarios de sustancias que eran atendidas/os en los distintos servicios especializados de la Provincia de Buenos Aires. Estos resultados serán presentados en el capítulo 8 (ocho). El segundo caso en que utilizamos este tipo de técnicas, fue para el análisis de una encuesta dirigida al personal de los centros asistenciales de seis regiones sanitarias de la SADA, para medir la sensibilidad de género en la atención de los/as consumidores/as de sustancias. Las conclusiones de dicho examen son desarrolladas en el capítulo 12 (doce).

En suma, partimos de la necesidad de recurrir a una complementariedad de métodos cualitativos y cuantitativos (Vasilachis, 1993; Cook y Reichardt, 1986) manifiesta en la circunstancia de que “cada uno provee información que no sólo es diferente de la proporcionada por el otro, sino que, en algunos casos, es esencial para interpretar a la otra. Si los métodos cuantitativos dan cuenta de las regularidades en la acción social y aportan, esencialmente información distributiva, las investigaciones cualitativas echan luz sobre los procesos sociales concretos” (Wilson, 1986, citado por Vasilachis, 1993: 66).

Como señalamos anteriormente, dentro de los métodos cualitativos (Vasilachis, 2006; Kornblit, 2007; Forni et al., 1992; Valles, 2000; Taylor y Bogdan, 1998), la investigación se inscribe en la tradición etnográfica propia del campo de la Antropología. Tal como define Rosana Guber (2001), el enfoque etnográfico es una concepción y práctica de conocimiento que busca entender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como ‘actores’, ‘agentes’ o ‘sujetos sociales’), esto permite al/la investigador/a social comprender una acción enmarcándola en los parámetros, las simbolizaciones y las caracterizaciones de sus protagonistas. En la perspectiva etnográfica se trata de elaborar una construcción entre lo que dicen los/as actores junto con la formulación teórica del/a investigador/a. Es decir, que a partir de su intención explicativa de las expresiones y prácticas sociales en proceso, el/la antropólogo/a debe reconocer cómo los/as sujetos/as configuran el marco significativo de sus acciones y nociones, pero en constante diálogo con el marco teórico de referencia del/la investigador/a, el cual le permite ordenar sus prioridades y criterios selectivos para la co-construcción, registro, análisis e interpretación de los datos. Esto no excluye el reconocimiento de la lógica de los/as actores/actrices, y hace posible una mirada progresivamente no etnocéntrica (Guber, 2004).

Asimismo, concebimos al conocimiento reflexivamente, incorporando al/a analista en el campo de estudio (Guber, 2004). Según Pierre Bourdieu hay tres tipos de sesgos que pueden nublar la visión del/la investigador/a, el primero es el señalado por otros/as defensores/as de la reflexividad que son los orígenes y coordenadas sociales (clase, género, edad, pertenencia étnica, afiliación política e ideológica) del/la investigador/a. El segundo es aquel que vincula la posición del/la analista en el microcosmos del campo

académico, esto es, en el espacio objetivo de las posiciones intelectuales posibles que se le ofrecen en determinado momento, y, más allá, en el campo del poder. El tercer sesgo es el intelectualista. El retorno por el que propugna Bourdieu, va más allá del asunto de la experiencia, para abarcar la estructura organizacional y cognitiva de la disciplina. Es decir, lo que debe ser sometido a un escrutinio continuo y neutralizado, es el inconsciente científico colectivo fijado a las teorías, problemas y categorías del juicio académico (Wacquant, 2005: 73-74). Para Bourdieu, por tanto, la reflexividad no involucra la reflexión del sujeto sobre el sujeto, implica, más bien, la exploración sistemática de las “categorías impensadas de pensamiento que delimitan lo pensable y predeterminan el pensamiento” (Bourdieu, 1982: 10, citado por Wacquant, 2005), y guía asimismo, la realización de la indagación social (Wacquant, 2005: 75).

En tal sentido, consideramos necesario introducir la reflexividad del/la investigador/a en tanto sujeto/a social, académico/a e intelectual, así como también incorporar las reflexividades de los/as sujetos/as de estudio.

1.1 El trabajo de campo

A continuación describimos el recorrido que hemos realizado para poder adquirir una mirada holística sobre el tema. Es decir, que aunque en el desarrollo de la tesis no demos cuenta de los distintos contextos de investigación en los que la autora ha participado, el hecho de haber indagado en diferentes ámbitos socioculturales y organizacionales, permitieron conformar un conocimiento general sobre la cuestión a investigar. Asimismo, estas experiencias posibilitaron profundizar sobre diversos ejes de análisis de acuerdo a los objetivos específicos y generales del proceso analítico.

Una de las primeras instancias de definición del objeto de estudio, a partir del cual establecimos algunos de los criterios de indagación que dieron lugar a los resultados vertidos en la segunda parte de esta tesis fue en 2002, en el marco del Proyecto “Evaluación de programas sociales en curso en barrios pobres del Gran La Plata”¹³, bajo la dirección de la Dra. Amalia Eguía y codirección de la Dra. Susana Ortale. A partir de esta experiencia elaboramos herramientas para la evaluación de políticas públicas, iniciando de esta forma los primeros registros de campo y la recopilación de documentos que permitieron caracterizar los distintos programas de la política pública en materia de drogas de la Provincia de Buenos Aires.

Posteriormente fuimos ampliando el encuadre hacia otros ejes de análisis, como por ejemplo la transversalización de género en las políticas públicas. Esta modificación se fue perfilando a partir del hecho de haber cursado (2009-2010) y obtenido los títulos de Diplomada en Ciencias Sociales con mención en Género y Políticas Públicas de PRIGEPP-FLACSO¹⁴ (2010) y Magister en Género, Sociedad y Políticas de PRIGEPP-FLACSO (2013).

¹³ Incorporado al Programa de Incentivos del Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, U.N.L.P.

¹⁴ PRIGEPP-FLACSO: Programa Regional de Formación de Género y Políticas Públicas, de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

De acuerdo con estos elementos y antecedentes, la caracterización de la oferta estatal que presentamos en el capítulo 6, fue construida a partir de diversas fuentes primarias y secundarias: observación con distintos grados de participación, entrevistas a distintos/as agentes de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires¹⁵ (directores/as y/o coordinadores/as y efectores de distintos programas del organismo), y revisión de documentos y publicaciones.

Años después tuve el privilegio de participar durante seis meses (entre septiembre de 2005 y marzo de 2006) en un equipo interdisciplinario del Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación. El mismo fue desarrollado en un asentamiento de las denominadas “villa de emergencia” en la ciudad de Rosario, Santa Fé. La misma, emplazada sobre relleno sanitario, carecía de una organización e instalación planificada de antemano, por lo que su disposición no se encuadraba con la distribución de calles característica del resto de la ciudad. Las viviendas precarias construidas principalmente de chapas, algunas combinadas con ladrillos, nylon y maderas; la mayoría con pisos de tierra, la letrina o baño se encontraban fuera de la vivienda. El mobiliario era escaso, por ejemplo, en algunas casas era evidente la falta de colchones y camas para todos los integrantes de la familia, por lo cual se podía observar en el suelo cartones y trapos que eran utilizados para dormir. Dentro del asentamiento, la circulación no estaba organizada/planificada mediante calles, la misma se producía sin criterios previsibles, observándose pequeños pasillos entre una casa y otra, que unían los diferentes sectores; estos caminos comunicantes medían entre 1,5 m. y 0,5 m. de ancho, estaban delimitados hacia los costados, entre otros elementos, por alambres de púa, chapas, maderas; hacia arriba se podía observar una red de cables que conducían la electricidad de manera clandestina. Para calefaccionar y cocinar se utilizaba gas envasado en garrafas o leña dispuesta en braceros. No había servicio de cloacas, ni agua de red dentro de las viviendas.

En este barrio, realicé observaciones en los lugares de consumo y otros lugares de encuentro de los grupos de consumidores de drogas; también entrevistas abiertas a usuarios/as, familiares, vecinos/as, y a distintos agentes públicos tanto de las áreas de salud como de otros servicios sociales que intervenían en la zona, como por ejemplo representantes de la Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA) que visitaba periódicamente el barrio y realizaba intervenciones puntuales acompañando a algunos/as de los/as usuarios/as; también del Programa de Adicciones de la Dirección Municipal de Salud Mental (Rosario); de la Secretaría Provincial de Adicciones de Santa Fé; del Programa Municipal de SIDA (PROMUSIDA), del Servicio Social del Hospital Centenario de Rosario, entre otros.

El trabajo de campo incluyó observación participante en el barrio al cual concurría diariamente en distintos horarios durante quince días al mes. También se alternaron distintos contextos, desde estar con los/as usuarios/as en los pasillos, en sus viviendas o la de sus familias, en los lugares de consumo, hasta acompañando a algunos/as de

¹⁵ Aunque la gestión actual no es objeto de análisis en esta tesis, cabe aclarar que desde 2012 el organismo cambió su denominación al de Subsecretaría de Salud Mental y Atención de las Adicciones dependiente de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

ellos/as en la realización de trámites y en la atención de salud en los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) o en el Hospital de referencia.

Unos meses después de esa experiencia, me convocaron para integrar un equipo de trabajo dirigido por el Dr. Hugo Míguez, que venía desarrollando un estudio sobre consumo de pasta base/“paco” en un asentamiento también del tipo “villa de emergencia” de la zona sur del Conurbano Bonaerense. Previamente a mi incorporación se había realizado un relevamiento epidemiológico mediante la aplicación de un cuestionario que permitía medir la prevalencia¹⁶ de consumo de sustancias en general y pasta base/paco en particular entre la población objetivo. Mi inclusión en el grupo de trabajo tenía como fin el desarrollo de un estudio etnográfico que pudiera indagar las prácticas y narrativas de los/as usuarios/as de cocaínas fumables, ya que hasta ese momento eran escasos los estudios sistemáticos realizados en el país en torno a ésta nueva forma de presentación y consumo que hacía pocos años se había instalado en Argentina.

El trabajo de campo se extendió entre los meses de mayo a diciembre de 2006. La mayoría de la población se alojaba en viviendas deficitarias, con pisos de tierra o cemento, paredes de chapa, madera o cartón, algunas combinadas con ladrillos; los techos eran de cartón prensado, chapas o madera. Aproximadamente en la mitad de los hogares había más de tres personas por habitación para dormir, el 50% no poseía retrete con descarga de agua, utilizando letrinas y pozos ciegos, sin acceso a la red cloacal. La mayoría de las conexiones a la red de luz eléctrica eran clandestinas, y las conexiones a la red de agua potable eran precarias. Utilizaban gas envasado y leña para calefaccionar y cocinar. Cercano a la superficie de viviendas había un área de “cava” o terreno excavado e inundable.

Durante el período de indagación se realizaron observaciones en distintos ámbitos, se entrevistaron a quince usuarios/as en distintos lugares, ya sea en sus casas, en comedores o en los centros asistenciales como los CPA (Centro Provincial de atención de Adicciones) o CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) locales y se entablaron conversaciones informales con familiares, vecinos/as y referentes comunitarios/as que fueron registradas en cuadernos de campo. Los contactos se realizaron a través de referentes de la comunidad, principalmente de un comedor, que permitieron el acercamiento a los/as consumidores/as y a partir de ellos/as se pudieron reconocer algunos lugares de consumo y de encuentro.

Las observaciones y entrevistas realizadas en ambas zonas, se incorporaron al corpus de datos utilizados en esta tesis.

Como mencionamos anteriormente, otro eje dentro de este campo de indagación sobre la Política Pública de la Provincia se refiere al análisis de los registros estadísticos que tiene el organismo a nivel provincial, principalmente de la base de datos de las personas que ingresan a tratamiento por consumo de sustancias psicotrópicas en la red asistencial de la SADA. La información es relevada por la Subsecretaría a través de una Historia Clínica Social que se completa en las primeras entrevistas de admisión. A partir de

¹⁶ Refiere a la cantidad de casos existentes en una población determinada, en un período de tiempo definido.

haber podido acceder a esta base de datos que comprende 78.269 registros remitidos entre 1997 y 2007, se realizó un análisis de carácter histórico utilizando técnicas de estadística descriptiva y multivariada, que serán descriptas en el siguiente apartado.

El interés que guio el recorrido efectuado durante las distintas etapas del trabajo de campo a lo largo de los años de investigación, fue, como lo señalamos precedentemente, el poder evaluar desde una perspectiva de género, la existencia o no de tensiones entre las necesidades particulares de los/as usuarios/as de sustancias (tanto las manifiestas por ellos/as, como las observadas durante el estudio) y las ofertas concretas que se brindan desde el Estado.

En tal sentido, buscamos poder cubrir distintas áreas de análisis que permitieran caracterizar la política pública. Una primera caracterización se podría encuadrar en lo que se denominan programas de prevención y asistencia del uso problemático de sustancias, donde no sólo describimos cada una de las gestiones gubernamentales (ver capítulo 6) sino que además, orientamos la mirada sobre la sensibilidad de género dentro del diseño de las acciones y proyectos.

Por otro lado, consideramos importante examinar en profundidad, a partir de un estudio de caso¹⁷, cuál ha sido la oferta terapéutica que desde la Subsecretaría se brinda a los/as usuarios/as de sustancias, tendiente a evaluar la accesibilidad inicial y ampliada y la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en la atención. Por ello, en la tercera parte de esta tesis se incluyen los resultados del mismo, el cual se llevó a cabo en un hospital público especializado en la atención para personas que consumen drogas y/o alcohol.

En dicha indagación, la observación con distintos grados de participación la realizamos durante 9 meses, desde el 15 de mayo de 2011 al 15 de febrero de 2012. En un primer momento la desarrollamos exclusivamente en la sede central del Hospital, donde se despliega una modalidad de tratamiento ambulatorio. Luego resolvimos ampliar el campo de estudio al segundo tipo de dispositivo, que brinda un servicio de carácter semiresidencial u Hospital de Día, al cual los usuarios (al momento de realizar el trabajo de campo eran exclusivamente varones) concurren al establecimiento de lunes a viernes de 8 a 16 hs.

Durante el trabajo de campo, incluimos instancias de observación participante en grupos terapéuticos, entrevistas de ingreso, reuniones de equipo y sala de espera. Además realizamos entrevistas individuales semiestructuradas de aproximadamente 1 h. a 1,30 hs. de duración a un grupo compuesto por los/as integrantes del equipo terapéutico, en total 12 entrevistados/as, y otro grupo compuesto por 29 usuarios/as de sustancias que se encontraban en tratamiento. Además de las entrevistas mantuvimos conversaciones informales con los/as distintos/as agentes de salud y personal administrativo que nos permitieron caracterizar los dispositivos terapéuticos y discutir las representaciones en torno a la accesibilidad ampliada del tratamiento y debatir sobre el abordaje de género.

¹⁷ El mismo fue realizado en el marco de las Becas Carrillo-Oñativia de la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación Argentina 2011-2012.

1.2. Investigar en el propio lugar de trabajo

Desde el modelo antropológico clásico, la distancia social ha sido una condición que resultaba vital en la investigación etnográfica, tomada como una de las normas metodológicas tácitas, desde un objetivismo que a decir de Rosaldo (1991) se esfuerza en hacer que el/la observador/a indiferente sea omnisciente, inocente e invisible.

Tanto los aportes críticos del citado autor como los de Scheper-Hughes (1997) y Lins Ribeiro (1999) entre otros, vuelven la mirada sobre aquellas zonas de análisis próximas al/la investigador/a, en ámbitos sociales que no son ignotos, sino que se despliegan en las propias coordenadas sociopolíticas del/a analista social.

Si para los/as primeros/as antropólogos/as el mundo de los “otros” se les aparecía como distante, ajeno, exótico, experimentando un extrañamiento frente a la conciencia práctica (Guiddens, 1984) de los/as actores sociales, el interés en interpretarla, decodificarla, desnaturalizarla requería “transformar el exótico en familiar” (Lins Ribeiro, 1999: 238), Ahora bien, “al estudiar su propia sociedad, el/la antropólogo/a busca realizar la operación inversa, convertir lo familiar en exótico, usando –por principio y por racionalización metodológica- una posición de extrañamiento” (Lins Ribeiro, 1999: 239).

Es en este punto que nos posicionamos para realizar el trabajo de campo en el propio ámbito laboral, donde a la analista no le resultan completamente desconocidos los locus sociales de investigación, poseyendo una historia e identidad vivida.

Esta postura requiere de una permanente “vigilancia epistemológica” (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2004: 11-24), es decir, un examen constante de los supuestos de investigación y los procedimientos que se siguen en el proceso investigativo, donde tanto las directoras de la tesis como colegas de la academia han sido fundamentales para esta tarea.

Cabe señalar que si bien la indagación no la efectuamos en la misma área donde la autora de la tesis se desempeña, el hecho de pertenecer al organismo facilitó el acceso a información y documentación. Por otro lado, debido a la preexistencia de *rapport* con algunas de las personas que participaron en la investigación, se pudo, a partir de éstas, acceder a otros actores sociales. Asimismo, el conocimiento de las normas institucionales y de algunos/as funcionarios/as, nos permitió viabilizar las autorizaciones pertinentes para realizar el estudio de caso en el Hospital especializado.

Para finalizar este apartado hacemos nuestras las palabras de Scheper-Hughes quien en su etnografía sobre los contextos de muerte infantil por hambre en Brasil plantea: “aunque rechazo como ‘no razonable’ la pretensión monástica de que los etnógrafos dejen la arena sobre la que caminan sin huella alguna de sus sandalias, lo que nunca puede ponerse en cuestión es nuestra responsabilidad con el otro” (Scheper-Hughes, 1997: 35). Es decir que “la etnografía puede usarse [y debe usarse]¹⁸ como un instrumento para la reflexión crítica, [pero además] como una herramienta para la liberación humana” (Scheper-Hughes, 1997: 39). En este sentido recuperamos la dedicatoria dirigida a las usuarias y los usuarios de sustancias que inaugura esta tesis.

¹⁸ El agregado es nuestro.

1.3. Técnicas cualitativas de indagación

A continuación se describen y especifican las técnicas cualitativas utilizadas en esta tesis.

1.3.1. Entrevistas

Es esta técnica más apropiada para acceder al universo de significaciones de los/as actores sociales. La entrevista activa es fundamentalmente interpretativa y dialógica, es decir, que el significado se construye entre ambos interlocutores/as. Estos sentidos dependen del contexto comunicativo y social y se forman a partir de las preguntas sobre lo que el/a entrevistador/a sabe, quiere saber o profundizar, pero fundamentalmente partiendo del intercambio de puntos de vista, constituyéndose en estrategias para que los/as sujetos/as expresen lo que piensan, sienten y creen.

Es importante aclarar que por cuestiones propias de la redacción de la tesis, en algunos casos hemos utilizado el término “informante” o “entrevistados/as”, pero consideramos que las personas que formaron parte de esta investigación más que ser concebidas como dadoras de información, desde relaciones desiguales de poder, han sido interlocutoras (Cardoso de Oliveira, 1998; Bartolomé, 2003) en este proceso, posicionándonos en una antropología política y éticamente comprometida (Bartolomé, 2003) con los grupos con quienes trabajamos. Asimismo, los nuevos interrogantes, problematizaciones, y conclusiones parciales a las que arribamos en esta tesis, pretendemos que se constituyan en insumos para interpelar y mejorar las políticas públicas, las condiciones de salud y consecuentemente la vida de las usuarias y los usuarios, es decir, que pretenden tener un objetivo de transferencia a las poblaciones directamente implicadas en la temática.

Para el caso de la caracterización de las distintas gestiones que condujeron la SADA (ver capítulos 6 y 7), al igual que los programas, proyectos y áreas de intervención del organismo, realizamos entrevistas semiestructuradas, teniendo en cuenta ciertos ejes que permitieran describir objetivos, metas, caracterización de la población destinataria, actividades y/o prestaciones, evaluaciones, presupuesto, duración.

En el caso de las entrevistas, realizadas en la ciudad de Rosario, fueron de tipo abiertas, con preguntas de orden general, prospectivo, tendientes a poder dar sentido a las prácticas observadas.

En etapas más avanzadas de la investigación focalizamos en temáticas más específicas, a los fines de cubrir un espectro amplio de categorías analíticas, tendientes a poder describir particularidades en las prácticas y trayectorias de consumo, características de las redes de usuarios/as, cambios en los tipos, calidad, acceso e intercambios de las sustancias, experiencias de los padecimientos, sufrimiento y modalidades de intervención/actuación frente a ellos y en las relaciones que se establecían con los servicios especializados en la atención, al igual que la accesibilidad a los servicios de salud y políticas sociales, etc.

La elección de los/as sujetos/as a entrevistar, se realizó en base a un muestreo teórico y la delimitación del número de casos a indagar se tomó en base al criterio de saturación (Glasser, B.G. y Strauss, A.L., 1967).

La técnica de “bola de nieve”¹⁹ fue importante en distintas etapas de la investigación, principalmente cuando se trabajó en los asentamientos, donde el contacto con las personas usuarias de sustancias, muchas de ellas pertenecientes al tipo de “poblaciones ocultas o de difícil acceso”²⁰, requirió de la presentación a través de un/a otro/a, permitiendo de esta forma, disminuir las primeras reticencias a ser entrevistadas.

A lo largo de la investigación y luego de haber entrevistado a un número considerable de usuarios/as de sustancias que compartieron sus vivencias, padecimientos, las modalidades que adquirirían las relaciones sociales con pares, familiares, parejas y con los servicios de salud, en algunos casos hemos solicitado a alguno/a de ellos/as el poder reconstruir a partir de sus relatos la historia de su vida. De acuerdo con Taylor y Bogdan las historias de vida “contienen una descripción de los acontecimientos y experiencias importantes de la vida de una persona, o alguna parte principal de ella, en las propias palabras del protagonista” (Taylor y Bogdan, 1987: 174).

El registro lo realizamos mediante notas de campo, fichas de observación y las entrevistas en casi todos los casos fueron grabadas, previa autorización de los/as interlocutores/as. En aquellos casos en que las personas pidieron expresamente que no se grabara la misma, se procedió a asentar el intercambio en la libreta de campo.

1.3.2. Encuesta

En 2012, diseñamos e implementamos una encuesta a fin de medir la sensibilidad de género presente en las y los efectores de salud de 22 centros asistenciales de 6 regiones sanitarias pertenecientes a la Subsecretaría de Atención de las Adicciones (SADA). Los resultados de la misma son descriptos en el capítulo 12. Esta encuesta fue de utilidad permitiéndonos complementar el análisis de la medición de la integralidad en los servicios de la SADA.

La misma era de carácter anónima, voluntaria y autoadministrada, indagándose las representaciones sociales (Moscovici, 1984) que los/as integrantes de los equipos tenían respecto a cómo los condicionantes de salud, incluido el género, influyen de modo diferente en hombres, mujeres y población transexual en relación a la salud en general y en particular al consumo de sustancias.

El cuestionario también, buscó conocer las prácticas, opiniones y recomendaciones que los/as trabajadores/as de salud tuvieran en relación al diseño e implementación de

¹⁹ Es una técnica de muestreo, donde se le pide a la primera persona entrevistada, que pueda presentar a otras de similares características para que participen en la investigación, es especialmente utilizada cuando los colectivos son poco accesibles.

²⁰ Poblaciones Ocultas y de Difícil Acceso es un concepto que se refiere a los grupos de personas con características que los hacen diferentes a la comunidad, y que en parte son desconocidos por la población en general. Como resultado, ésta las estigmatiza y además le resultan ocultas y de difícil acceso (Medina Mora, et. al, 2002: 101). Al respecto Lambert y Wiebel (1990: 5) señalan que “poblaciones ocultas” son las que están en desventaja y desprotegidas (...) son aquellas de las que estamos conscientes de una u otra manera, sin embargo, conocemos muy poco de ellas”. Wiebel (1990) indica que el término “población oculta” se refiere a “un subconjunto de la población general cuya membresía no es fácilmente distinguida o enumerada, basada en el conocimiento existente y/o en las habilidades de muestreo” (ídem, 5).

políticas y acciones desde la perspectiva de género, así como obtener información sobre las necesidades formativas que tuvieran en la temática.

Considerando el trabajo territorial que se desarrolla desde este organismo (SADA), se seleccionaron algunos Centros Provinciales de Atención de Adicciones (CPA), donde se iba a implementar (aunque nunca se llegó a concretar) un programa dirigido especialmente a personas travestis, transexuales y transgénero, en las siguientes regiones sanitarias bonaerenses: II, V, VI, VII, XI, XII y los Centros de Internación públicos dependientes de la Subsecretaría. Finalmente, la muestra estuvo compuesta por 181 trabajadores/as.

1.3.3. Fuentes secundarias

A lo largo de esta investigación se consultaron diferentes fuentes secundarias de información, como:

- publicaciones oficiales de la actual Subsecretaría de Salud Mental y Atención de las Adicciones (SADA) desde 1993 a fines de 2011, como por ejemplo cuadernillos, informes de gestión, folletería, revistas de divulgación en formato digital e impreso, etc.
- base de datos de las personas que ingresaron a tratamiento en alguno de los dispositivos de atención de la SADA (1997-2007).
- documentos e información disponible en el Hospital especializado donde se realizó el estudio de caso como por ejemplo: estadísticas de movimiento de “pacientes”; historias clínicas, programas y proyectos desarrollados por el servicio.

Cabe aclarar que en cada instancia obtuvimos las autorizaciones pertinentes, tanto de las Instituciones, de los/as profesionales tratantes, como de las personas en tratamiento para consultar esta información.

1.3.4. Plan de análisis de los resultados

Siguiendo a Taylor y Bogdan (1987) el análisis del material empírico “se orienta hacia el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios y/o personas que se estudian. Este enfoque tiene muchos paralelos con el método de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1967). (...) Las comprensiones están fundamentadas en los datos y se desarrollan a partir de ellos. Pero, en contraste con Glaser y Strauss, interesa menos el desarrollo de conceptos y teorías que la comprensión de los escenarios y las personas en sus propios términos” (Taylor y Bogdan, 1987: 159). De este modo los conceptos teóricos se emplean para iluminar rasgos de los escenarios y/o personas estudiados y para que faciliten la comprensión.

En la investigación cualitativa los/as investigadores/as analizamos y codificamos nuestros propios datos. En éste proceso, el análisis de datos implicó ciertas etapas diferenciadas que según Taylor y Bogdan (1987), se dividen en tres etapas. La primera fase de descubrimiento en progreso: identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones. La segunda fase, que típicamente se produce cuando los datos ya han sido recogidos, incluye la codificación de los datos y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. En la fase final, el/a investigador/a trata de relativizar sus

descubrimientos (Deustscher, 1973, citado por Taylor y Bogdan, 1987: 159), es decir, comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos.

Por lo expuesto, en esta investigación hemos adaptado el aporte de estos/as autores/as a fin de desarrollar el plan de análisis en los siguientes pasos:

1. Fase de Descubrimiento:

- a. Lectura de notas de campo, transcripción de entrevistas, fichas de observaciones, documentos y otras fuentes secundarias.
- b. Búsqueda de temas emergentes. Confección de listas de temáticas. Aquí recuperamos temas de conversación, vocabulario, actividades recurrentes, significados, sentimientos, dichos, etc.
- c. Elaboración de esquemas de clasificación.
- d. Identificación de conceptos y proposiciones teóricas.

2. Fase de Codificación:

- a. Desarrollo de categorías de codificación.
- b. Codificación propiamente dicha de los datos.
- c. Separación de los datos pertenecientes a cada categoría de codificación.
- d. Refinamiento del análisis.

3. Fase de Relativización de los datos:

- a. Comparación de enunciados solicitados y no solicitados: contrastación de enunciados producidos a partir de preguntas del/a investigador/a con los discursos surgidos espontáneamente de los/as informantes.
- b. Conocimiento correlativo. Identificación de etapas en la influencia del/a observador/a en el campo y tipos de datos construidos en cada momento.
- c. Contextualización de datos directos e indirectos.
- d. Contextualización de datos según las fuentes.

- Para el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a usuarios/as atendidos en el Hospital Especializado, se utilizó el software Sonal versión 1.3.1 que permitió operativizar las fases 1 y 2 antes descriptas.

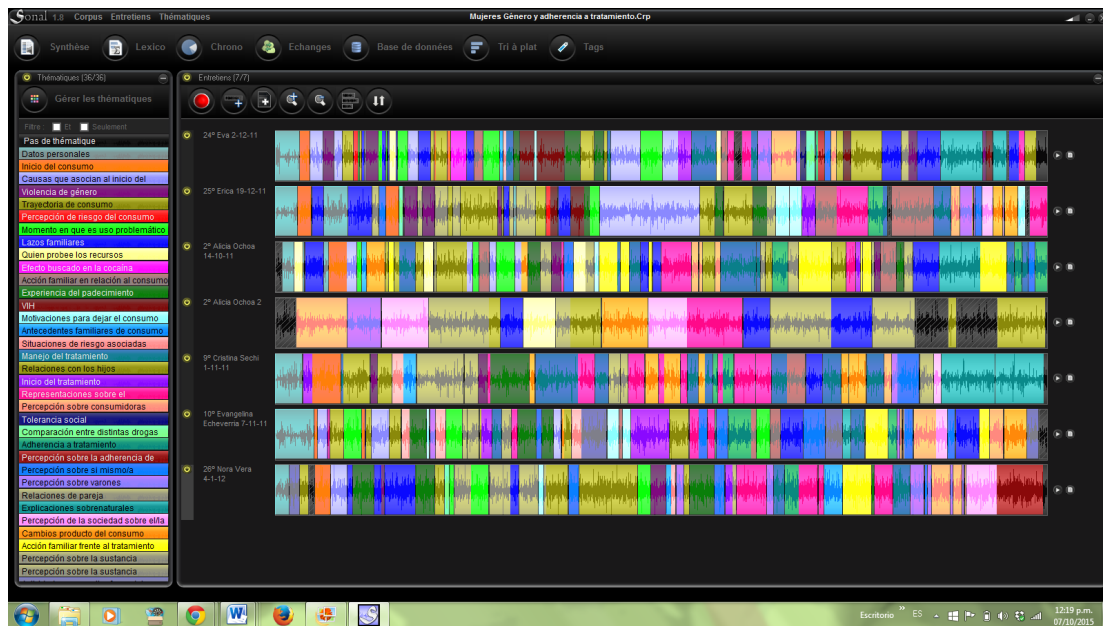


Ilustración 1: Captura de pantalla de una sesión de trabajo con el Software Sonal 1.3.1. para la codificación y análisis de entrevistas.

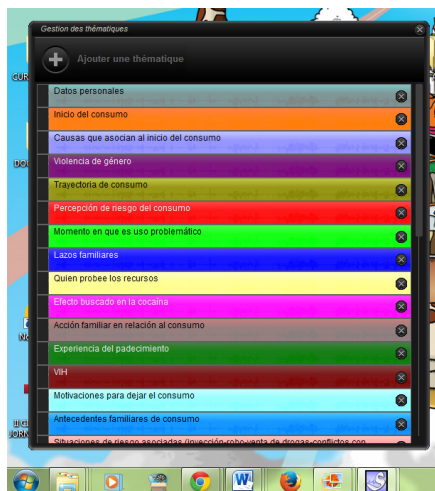


Ilustración 2: Captura de pantalla de la gestión de categorías utilizadas en el análisis de entrevistas.

1.4. Técnicas cuantitativas de análisis

Para el análisis histórico (1997-2007) de la base de datos de los/as usuarios/as que ingresaron a tratamiento en alguno de los centros asistenciales de la SADA, que desarrollamos en el capítulo 8, aplicamos técnicas de estadística descriptiva (Rohlf y Sokal, 1969; Spiegel, 1991) a fin de caracterizar aspectos sociodemográficos y toxicológicos de la población y las fluctuaciones que presentaron en el período. Asimismo aplicamos técnicas de ordenación multivariada (Cuadras, 2007; Tusell, 2005) para detectar configuraciones en las variables que permitieran identificar patrones de

consumo en función del sexo, la edad y los cambios sociopolítico-económicos acaecidos en el país.

Utilizamos la técnica de análisis factorial de correspondencia (AFC) (Cuadras, 2007; Tusell, 2005) que nos permitió analizar las relaciones de interdependencia entre variables. El AFC habilita a descubrir afinidades entre dos conjuntos de variables, presentados en forma de tabla de contingencia, tanto de frecuencias como de valores medios. Sin embargo, para facilitar la interpretación, además de los resultados numéricos del análisis, realizamos una representación gráfica de los factores (Ver capítulo 8).

En relación a los soportes informáticos, utilizamos el paquete estadístico Statistica 7 (Statsoft Inc, 2004) para el procesamiento de la información.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

El posicionamiento teórico que utilizamos en esta investigación se enmarca dentro de la antropología médica crítica²¹, utilizando aportes de los estudios de género en su articulación con el campo de la salud. Desde ese marco problematizamos la relación entre género y uso de sustancias; políticas públicas en materia de drogas; dispositivos de abordaje de dichos consumos en relación a la ciudadanía y derechos de los/as usuarios/as de drogas; así como su relación con la accesibilidad ampliada en los tratamientos.

Con vistas a realizar una antropología de las políticas públicas dirigidas a interpretar y abordar los consumos de sustancias desde una lectura de género, resulta fundamental precisar algunas de estas nociones.

Este capítulo está organizado en tres secciones, una primera que tiene la finalidad de explicitar los supuestos teóricos que permitieron construir el objeto de estudio, relativo a las nociones de gubernamentalidad, Estado, políticas públicas y dispositivos.

Y una segunda sección que intenta precisar la perspectiva de género que adoptamos y cómo la misma se articula en sentido amplio con el campo del proceso de salud-enfermedad-atención, y de manera específica con el del uso problemático de sustancias.

Por último explicitamos las nociones de adherencia, accesibilidad inicial y ampliada que sirvieron de marco de referencia en el estudio de caso llevado adelante en el Hospital Zonal especializado en la atención del uso de drogas, que presentamos en la tercera parte de esta tesis.

2.1. Gubernamentalidad, Estado y políticas públicas

2.1.1. Gubernamentalidad y el arte de gobernar

Para poder ocuparnos de las políticas públicas, primero debemos acercarnos al campo de la gubernamentalidad que, tal como la ha definido Michel Foucault en la clase del 1 de febrero de 1978 en el Collège de France, alude al “[...] conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política, y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad” (Foucault, 2006: 136).

Foucault (2006) describe cómo entre el siglo XVI y el siglo XIX, se elabora una multiplicidad de escritos sobre las formas de gobierno, que surgen en oposición al texto “*El príncipe*” de Maquiavelo quien argumentaba sobre la singularidad del arte de gobernar. Uno de los trabajos que resalta de esa época es el de François La Mothe Le Vayer, “[quien] en una serie de escritos que son textos pedagógicos para el delfín, dirá: en el fondo, hay tres tipos de gobierno, cada uno de los cuales depende de una forma de ciencia o reflexión específica: **el gobierno de sí mismo**, que depende de la moral; **el arte de gobernar una familia como se debe**, que depende de la economía; y, por

²¹ Ver antecedentes de la antropología médica crítica en el siguiente capítulo.

último, **la ciencia de gobernar bien el Estado**, que depende de la política” (Foucault, 2006: 118). Siendo el elemento central de la literatura de la época la “economía”. Tal es así que este factor será planteado en los mismos términos por Rousseau. La cuestión que deberá atenderse como forma de gobierno del Estado será, por ende, “poner en acción la economía, una economía a nivel de todo el Estado, es decir, ejercer con respecto a los habitantes, a las riquezas, a la conducta de todos y cada uno, una forma de vigilancia, de control, no menos atento que el padre de familia sobre la gente de la casa y sus bienes” (op. cit.: 120).

Ahora bien, entre ese modo de gobierno que tomaba como vara de medición a la familia, deberá elaborarse una nueva forma de ejercicio de poder, que tome en consideración una nueva escala: la población.

Siguiendo esta genealogía entonces, a partir del siglo XVIII, el arte de gobernar estuvo ligado, según Foucault (2006), al surgimiento del problema de la población, en un contexto de expansión demográfica, ligada a la abundancia monetaria, vinculada a su vez al aumento de la producción agrícola. En ese momento histórico, “al permitir cuantificar los fenómenos propios de la población, la estadística pone de relieve la especificidad de ésta, irreductible [al] pequeño marco de la familia” (Foucault, 2006: 131) que había sido la forma pretérita de gubernamentalidad. “Salvo unos cuantos temas residuales, que bien pueden ser de carácter moral y religioso, la familia desaparecerá como modelo de gobierno” (Foucault, 2006: 131). En consecuencia, ésta última se situará en un nivel inferior con respecto a la primera, es decir, como un elemento en su interior.

Sobre la población se instaura entonces el nacimiento de un arte o, en todo caso, de tácticas y técnicas absolutamente novedosas, que se agrupan en torno a “la disciplina”. “Al aprehender esa red continua y múltiple de relaciones entre la población, el territorio y la riqueza, se constituirá una ciencia que se denomina *economía política* y, al mismo tiempo, un tipo de intervención característica del gobierno, que va a ser la intervención en el campo de la economía y la población” (Foucault, 2006: 133).

“La disciplina jamás fue tan importante y valorada como a partir del momento en que se intentó manejar la población; y manejarla no quería decir simplemente manejar la masa colectiva de fenómenos o hacerlo en el mero nivel de sus resultados globales; manejar la población quiere decir manejarla asimismo en profundidad, con minucia y en sus detalles” (Foucault, 2006: 135). Como es sabido, la genealogía de estas prácticas fue ampliamente abordada por el autor en el libro *Vigilar y Castigar*.

Por último, Michel Foucault puntualiza que “esa gubernamentalidad sólo pudo adoptar las dimensiones que tiene, gracias a una serie de instrumentos muy particulares, cuya formación es contemporánea, precisamente, del arte de gobernar (...). La pastoral, la nueva técnica diplomático-militar y, por último, la policía fueron (...) los tres grandes puntos de apoyo sobre cuya base pudo producirse ese fenómeno fundamental en la historia de Occidente que fue la gubernamentalización del Estado” (Foucault, 2006: 138).

2.1.2. Estado y políticas públicas

Desde los primeros trabajos de Lewis Henry Morgan sobre el origen del Estado hasta las reflexiones más cercanas en el tiempo representadas en los trabajos de Taussig (2001), Bourdieu (1997), Das y Poole (2008), Ferguson y Gupta (2002), podemos asegurar que la antropología se ha ocupado ampliamente del tema. Según Balbi y

Boivin (2008) la etnografía dota de contenido esas abstracciones imprecisas, polisémicas y ambiguas como es el Estado, que se caracterizan por ser, simultáneamente, categorías nativas de nuestras sociedades y herramientas teóricas de nuestro trabajo (Balbi y Boivin, 2008: 11).

Algunos enfoques consideran que conceptualizar al Estado y las políticas como objeto de investigación etnográfica requiere, pues, contextualizar los modos de acción y los campos de tensión, según las peculiaridades y giros contemporáneos, retornando a las prácticas sociales cotidianas en las que se concretan las relaciones entre gobernantes y gobernados, aunque no se expresen en formas de acción explícitamente políticas (Gledhill, 1999 citado por Franzé Mudanó, 2013).

En ese sentido, los límites o márgenes que reclaman algunos/as autores/as como locus del análisis antropológico y etnográfico de las políticas en el Estado contemporáneo, apuntarían particularmente a las acciones y espacios a través de los cuales el estado es “experimentado, rehecho y/o deshecho en la legibilidad de sus propias prácticas”, así como las zonas entre la ley, las disciplinas y los/as sujetos/as (Das y Poole, 2008 citado por Franzé Mudanó, 2013: 14).

Según Gilberto Giménez (1986) el Estado es una “proyección institucional activa, operante y relativamente autónoma de las relaciones sociales existentes en una sociedad de clases” (Giménez, 1986: 50). De ello se sigue que la administración de gobierno “funciona como reproductora de las relaciones sociales que la fundamentan, mediante mecanismos de poder (...) que garantizan, apuntalan y tutelan dichas relaciones” (Ídem: 50).

De esta forma de dirección de la Nación se desprenden las políticas estatales, que tal como la conciben O'Donnell y Oslak se trata de “un conjunto de iniciativas y respuestas manifiestas o implícitas que permiten inferir la posición -predominante- del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad” (O'Donnell y Oslak, 1976: 26).

Asimismo, como forma de acción concreta del Estado, las políticas públicas son el instrumento por el cual se distribuyen recursos materiales y simbólicos. Es decir, que por medio de un conjunto de acciones deliberadas, desde las distintas instancias de gobierno se despliega una forma particular de asignación de bienes, resueltos a satisfacer ciertas necesidades de la población.

En este sentido, la vida de los colectivos se ve afectada por la determinación de las prioridades que en cada momento histórico se le da, no sólo a los criterios de distribución de bienes, servicios y derechos, sino también a las definiciones, y representaciones sobre quiénes son considerados/as sujetos/as de derecho (Minujín y Consentino, 1996), ya que también se transmite la ideología dominante donde se imbrican ciertas representaciones sobre los diversos sectores sociales y se construyen determinadas identidades colectivas. En nuestro caso particular de estudio, serían las concepciones y prácticas que se despliegan en torno al uso problemático de sustancias, su prevención y la atención que se dispensa a los/as consumidores/as.

En general las disposiciones instauradas desde el Estado, como política pública, expresan el poder público de la autoridad gubernamental. Sin embargo, en muchos casos las decisiones que se establecen en una política pública no son tomadas unilateralmente por los organismos gubernamentales, sino que surgen como producto de las interacciones que se crean entre distintos actores con el Estado, como por ejemplo, los partidos políticos, la iglesia, los medios de comunicación, las organizaciones sociales, etc.

En este sentido, sostenemos que una política pública constituye una suerte de "orden local". Es decir, un constructo político relativamente autónomo que opera en la regulación de los conflictos entre los/as actores e intereses en juego, a la vez que asegura la articulación y el ajuste de sus propios intereses.

Con todo, el modo e intensidad de la participación de los/as distintos/as actores pueden variar significativamente de acuerdo con el espacio de acción y el período en el que tiene lugar la intervención (Guzmán, 2009: Unidad 1, 2.2).

Es necesario saber pues, qué condiciones determinan la capacidad de influencia de las personas. Estos elementos pueden ser estructurales, cuando se refieren a la posición de los/as sujetos/as en la división del trabajo propia del sector o a la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres. Pero también dependen de la capacidad de los grupos de constituirse en un actor colectivo y movilizar los recursos pertinentes (Guzmán, 2009).

En suma, las políticas públicas son el resultado de procesos sociales que se inician en distintos espacios de la sociedad, donde se construyen y definen los problemas que se consideran objeto de esas intervenciones (Guzmán, 2009: Unidad 1, 2.3).

Por ello para analizar una política pública es necesario indagar sobre las interrelaciones que se establecen entre la sociedad civil y el Estado, esto permite echar luz sobre el funcionamiento de la democracia y cómo las personas participan en las definiciones de la agenda, en el diseño de las estrategias que se implementarán y en su monitoreo y evaluación.

Revisar críticamente las intervenciones públicas permite preguntarse por los determinantes y los principios de constitución y evolución de estos espacios de intercambio, donde se forma la acción del Estado. El objetivo de esta reflexión debe orientarse a esclarecer las lógicas de acción y de sentido presentes en los procesos de elaboración e implementación de las políticas (Guzmán, 2009: Unidad 1, 2.3).

2.1.3. Dispositivos sobre los consumos de sustancias

Haciendo foco en nuestro tema de investigación referido al análisis de los dispositivos que operan en la intervención sobre los consumos de drogas se retoman los aportes de Michel Foucault (1993). Para este autor, el **dispositivo**, en primer lugar constituye “un conjunto resueltamente heterogéneo, que implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos; proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas. [...] El dispositivo mismo es la red que puede establecerse entre esos elementos” (Ídem, 128).

En segundo término, en relación a la naturaleza del vínculo que puede existir entre esos elementos heterogéneos –discursivos o no discursivos- “existe un juego de cambios de posición, modificaciones de funciones que pueden también ellos ser muy diferentes” (ídem, 129).

En tercer lugar, por dispositivo se entiende “una especie de formación que en un momento histórico dado, ha tenido como función principal la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene una función estratégica dominante” (ídem, 129).

El dispositivo está “siempre inscrito en un juego de poder, pero también siempre ligado a uno o unos bornes de saber, que nacen allí pero que, igualmente lo condicionan. Eso es el dispositivo: unas estrategias de relaciones de fuerzas soportando unos tipos de saber, y soportadas por ellos” (Ídem, 130). Lo que Foucault llama dispositivo es un caso

mucho más general de la *episteme*. O más bien que “la *episteme* es un dispositivo específicamente discursivo, a diferencia del dispositivo que en sí es discursivo y no discursivo y sus elementos son mucho más heterogéneos” (Foucault, 1993: 131).

2.2. Género, proceso de salud-enfermedad-atención del uso problemático de sustancias.

2.2.1. Género

Otra de las nociones centrales que utilizamos en nuestra investigación es la de género. El interés como categoría analítica del campo de las ciencias sociales, ha surgido tardíamente en el siglo XX. Emerge como respuesta teórica y política a las explicaciones que justificaban las diferencias y desigualdades sociales entre varones y mujeres mediante un vocabulario naturalista.

En la década de 1930 la publicación “Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas” de Margaret Mead (1935), inicia un camino de crítica a las posturas biologicistas y esencialistas al confirmar etnográficamente la existencia de variabilidad en la construcción sociocultural de las femineidades y masculinidades. Una década más tarde, en 1949 Simone de Beauvoir en su libro *El segundo sexo*, afirma que no se nace mujer sino que se llega a serlo, aludiendo a que la mujer no es una identidad “natural” sino una identidad y un proyecto culturalmente interpretado (Butler, citado por Viveros Vigoyas, 2004). Sin embargo, no es hasta los años setenta que los *estudios de la mujer* se consolidan en el campo académico. Denominándose *de género* en los años '90 al incorporar las investigaciones sobre masculinidades y el enfoque relacional.

En términos generales se acuerda que género no es sinónimo de sexo. *Sexo* alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que *género* se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia, que se expresa en la distribución desigual de roles, recursos, responsabilidades y poder. Es decir, que género pasa a ser una forma de denotar las "construcciones culturales", la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas masculinas y femeninas (Scott, 1986).

Además el concepto analítico de género pretende poner en cuestión el enunciado esencialista y universalista que nos recuerda la frase de Freud: “la biología es destino”. Por lo tanto, este concepto, trasciende el reduccionismo biológico, al interpretar las relaciones entre mujeres y hombres como construcciones culturales engendradas y al atribuirles significados sociales, culturales y psicológicos a las identidades sexuales biológicas (Stolcke, 1999).

Cabe advertir junto con Scott (2008), que la aparente claridad de la distinción entre sexo y género oscurece el hecho de que tanto el uno como el otro, son formas de conocimiento. Cuando utilizamos la oposición "natural" frente a "construido" perpetuamos la idea de que existe una naturaleza transparente que podemos llegar a conocer de algún modo, aparte del conocimiento que podamos producir acerca de ella.

Pero en realidad, tanto la "naturaleza" como el "sexo" son conceptos con una historia (Butler, 1993; citado por Scott, 2008), que están unidos a través del lenguaje y sus significados han cambiado a lo largo del tiempo y a través de las culturas.

Considerar que el género es un proceso de construcción social y cultural a partir de las características y particularidades biológicas o sexuales, permite afirmar que ningún carácter asignado a las mujeres o varones puede ser percibido como inmutable, sino que varía al interior de cada cultura, a lo largo de la historia y al comparar distintas sociedades.

En dicha construcción intervienen factores, sociales, culturales y políticos que influyen luego en el modo en que se establecen, al interior de una sociedad, las relaciones, papeles y estereotipos de género, así como la articulación que se instaura muchas veces de manera conflictiva con otros sistemas identitarios como son etnia, clase, religión, opción sexual, edad, etc.

Esta pluralidad de rasgos y definiciones de género imposibilita definir a "lo femenino" o "lo masculino" en un sentido esencialista, universal, ya que al interior presentan una gran pluralidad de rasgos en función del atravesamiento de los aspectos económicos, culturales, políticos, de poder, prevalentes en un tiempo y territorio considerado.

Ahora bien, aunque las relaciones entre hombres y mujeres pueden ser de distinto tipo (de desigualdad, complementariedad, subordinación, igualdad, equidad) en la mayoría de las sociedades las relaciones entre ambos son de desigualdad. Esto significa menores oportunidades, menor valoración y reconocimiento para las mujeres y un acceso diferencial a los recursos, lo que impide su participación paritaria en la sociedad (Guzmán, 2009).

De acuerdo a las afirmaciones precedentes, podemos decir, siguiendo a Robert Connell (1987), que la categoría de género alude a una relación de poder que atraviesa y se articula de maneras particulares con otras formas de ejercicio de poder que estructuran lo social (como la clase, la etnia²², la edad, la opción sexual, etc.). Ello hace necesario analizar las tensiones e intersecciones de género entre todas estas relaciones de poder, tomar en cuenta cómo se construye y se actúa tanto lo femenino como lo masculino sin olvidar, no obstante, que la evidencia histórica demuestra que el polo masculino ha estado y continúa estando en posición de superioridad.

Por último, pese a las distintas corrientes de desarrollo del concepto de género, las diferentes posiciones coinciden en afirmar que el género no es una propiedad de los/as sujetos/as, ni es un constructo fijo y terminado, condenado a una perpetua repetición y, en palabras de Gloria Bonder "nos impulsa a detectar y explicar cómo los/as sujetos/as se en-generan en y a través de una red compleja de discursos, prácticas e institucionalidades, históricamente situadas, que le otorgan sentido y valor a la definición de sí mismos/as y de su realidad. Ello implica abrir el interrogante acerca de

²² La incorporación de la categoría etnia/"raza" no estuvo presente inicialmente en el proceso de construcción del concepto de género. A partir de la década del 80 las feministas negras, indígenas, lesbianas, etc., cuestionan fuertemente el modelo hegemónico por considerarlo etnocéntrico y heterocentrado, comenzando así un proceso de visibilización de la condición de las mujeres en función de distintos aspectos.

qué, cómo y por qué invisten y negocian, en y a través de estos dispositivos, posiciones y sentidos singulares” (Bonder, 1999: 37).

2.2.2. Género y salud

Siguiendo a Débora Tajer (2004), “adoptar una mirada de género en salud implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres, determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención tanto de unos como de otras. Asimetrías jerárquicas entre los géneros que articuladas con otras diferencias entre las personas que también son fuentes de inequidad en nuestras sociedades -edad, etnia y clase social-, establecerán perfiles de morbimortalidad específicos, así como modelos de gestión de la enfermedad diferenciales” (Tajer, 2004: 28).

En el proceso salud-enfermedad-atención de cada género, dichas asimetrías sociales “operan estableciendo vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que cada colectivo puede y debe cumplir en el marco del patriarcado. Lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir” (Tajer, 2004: 28).

En este sentido cabe destacar, los ejemplos señalados por Gita Sen²³ y otros/as (2005), en su trabajo sobre los efectos del género en los procesos de salud/enfermedad/atención y su propuesta de incorporar una perspectiva de género y derechos que promueva la equidad en salud.

Otro ejemplo podemos recuperar de los trabajos de Débora Tajer y otros/as (2010) sobre la calidad de atención en pacientes cardiovasculares, donde se destaca que “en lo referente al género existen diferentes sesgos en el acceso a la atención que pueden caracterizarse según dos tipos de modalidades: 1) las inequidades producidas por actitudes del equipo de salud frente a pacientes varones y mujeres y 2) las inequidades relativas al acceso a ciertos tipos de tratamientos o análisis” (Tajer et al, 2010: 75).

En nuestro trabajo, en coincidencia con las investigaciones de Tajer y otros (2012), cuando hablamos de inequidad de género en la atención de salud nos referimos a aquellos casos en que:

- Se dispensa una atención igual para los distintos sexos, cuando las necesidades de género no son iguales.
- Se imparte una atención diferente cuando en realidad las necesidades son iguales.
- O cuando desde los servicios de salud se refuerzan estereotipos de género, asimetrías de poder y distribución de recursos y roles.

En Latinoamérica, hay consenso en afirmar que el objetivo de una agenda política género sensible para la región, es lograr la equidad. La *equidad* entendida como la igualdad con reconocimiento de las diferencias. “Sólo la introducción de nuevas prácticas y de nuevas normas, contra las cuales las personas puedan ser medidas y evaluadas, y con una redistribución de recursos²⁴ que verdaderamente refleje un nuevo

²³ Gita Sen, es una destacada académica y activista de origen hindú, pionera en el campo del género y desarrollo.

²⁴ Para un análisis de las políticas de redistribución y reconocimiento ver Nancy Fraser (1997; 2008).

arreglo equitativo de género, es que se podrán atacar con eficacia las prácticas que producen desigualdad, tanto material como simbólica. El quid del asunto es establecer acciones con sinergia entre la sociedad civil (y sus asociaciones), el Estado y la iniciativa privada, buscando alcanzar la equidad y no sólo buscando transversalizar el género. Transversalizar es un cómo, no un qué. Más que proponer como fin último la transversalización de género, hay que infiltrar, contagiar, empapar de una aspiración por la equidad” (Lamas, 2003: 14).

2.2.3. Género y consumo problemático de sustancias

Habiendo descripto las nociones de género y su articulación con el proceso de salud-enfermedad-atención, es preciso discutir los modos en que éstos se relacionan con el consumo de sustancias.

Una de las primeras cuestiones que nos interesa precisar es aquella relativa a la distinción entre consumo y consumo problemático de tóxicos, partiendo de la premisa de que no todo/a usuario/a de sustancias hace un uso problemático de las mismas. Al mismo tiempo que debemos tener en cuenta que se trata de modelos interpretativos fijados en un tiempo y espacio determinados.

Según discursos conservadores hegemónicos, habría en el/la usuario/a de sustancias, una suerte de destino hacia la instalación en la adicción, es decir, se daría un recorrido dentro de una escala evolutiva unilineal, donde necesariamente, quien se inicia en la “droga” se convertirá en adicto/a. Tal es así, que Graciela Touzé (2006) sostiene que desde este tipo de concepciones no se “admiten” diferencias en los patrones de consumo en el caso de las sustancias ilegalizadas. Esto es, el/la consumidor/a –cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso- es visualizado/a como un/a “adicto/a” y siempre se lo/a identifica como alguien peligroso/a, con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto de su salud.

Sin embargo, es preciso subrayar diferencias entre *consumo* y *consumo problemático* de drogas. En este sentido el documento “Sobre los usuarios de drogas y las políticas para su abordaje” del Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, dentro de la órbita del Ministerio de Justicia, establece en el apartado “III. Sobre los consumidores” (2009: 6) que, “del universo de personas que consumen sustancias, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. (...) En un grupo relativamente pequeño en proporción al universo de consumidores/as, el uso adquiere características problemáticas. (...) Este conjunto de personas necesita tratamiento adecuado a las manifestaciones de su consumo patológico. Estas intervenciones asistenciales deben admitir por lo tanto, alternativas múltiples, incluidas las estrategias de reducción de daños y riesgos, que deben ampliarse a verdaderas construcciones del Estado y la Sociedad Civil con la participación de los sectores más específicos como ser: Salud, Educación, Trabajo, Desarrollo Social y otras dependencias”.

En segundo lugar, refiriéndonos específicamente al tema del tratamiento de los consumos problemáticos de drogas, se observa que la proporción de mujeres drogadependientes ha sido hasta la actualidad significativamente menor que la de

hombres. Al respecto, consideramos que algunos rasgos de la identidad de género juegan un papel importante en la protección de las mujeres (toxicomanías menos arriesgadas) (Parga, 2010). Sin embargo, en las últimas décadas se vienen observando dos tendencias que han llevado a hablar de “feminización²⁵ del uso de drogas”: una es la disminución de los ratios que separan a varones y mujeres en el uso de drogas ilegalizadas en las edades más jóvenes, y otra, un aumento progresivo del uso de drogas legalizadas entre las mujeres y en algunos grupos de edad (Romo Avilés, 2005). Esto concuerda con las conclusiones a las que arribamos en otro trabajo, al analizar las encuestas realizadas a jóvenes escolarizados en la Provincia de Buenos Aires (Parga, 2009a).

Sin embargo, aquellas que concurren a tratamiento no son proporcionalmente equivalentes, ya que de 10 personas que se atienden por consumo problemático de sustancias en la Provincia de Buenos Aires, sólo 2 o 3 son mujeres según el servicio que estemos analizando. Desde esta perspectiva se podría afirmar que el consumo de sustancias legalizadas²⁶ e ilegalizadas²⁷ por parte de las mujeres permanece invisibilizado, y en consecuencia las políticas públicas en materia de drogas, no toman en cuenta las particularidades de los padecimientos y sufrimientos de las usuarias, ni las necesidades específicas de éstas, que deberían abordarse desde los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo, considerando que el modelo terapéutico está adaptado al paciente más habitual: en este caso los hombres. No obstante, tampoco se identifican en las etapas diagnósticas, factores que atentan contra la salud de los varones, vinculados con el proceso de socialización masculina, a fin de permitir adecuar los tratamientos a sus necesidades de género²⁸.

Pese a lo dicho anteriormente, hemos relevado diversas investigaciones y publicado en trabajos anteriores (Parga, 2009b; 2010), las particularidades existentes en las mujeres que consumen drogas. A partir de estos datos elaboramos un marco general sobre las modalidades que adquiere el consumo de sustancias psicoactivas entre las mujeres²⁹,

²⁵ Se utiliza esta noción para poner de relieve el proceso por el cual el consumo de sustancias entre las mujeres ha ido aumentando. Hasta, en algunos casos, según la droga de que se trate, ha igualado o superado a los varones. Tal es el caso, por ejemplo, de la ingesta de alcohol entre las mujeres que prácticamente ha igualado al uso que realizan los varones. Sin embargo, como veremos más adelante, no se traduce este aumento del consumo, en un aumento de las consultas de mujeres para realizar tratamiento en los servicios especializados.

²⁶ Drogas legalizadas: tabaco, alcohol, psicofármacos con prescripción médica.

²⁷ Drogas ilegalizadas: marihuana, cocaína –en sus distintas formas de administración: esnifada, fumada (pasta base) o inyectada-, drogas de síntesis o diseño, volátiles, opiáceos, etc.

²⁸ La resistencia del sector salud a realizar diagnósticos en clave de género, está presente en muchos problemas de salud. Como ejemplo tomemos el caso de las enfermedades coronarias. Tal como ha concluido Tajer (2009), la enfermedad coronaria en mujeres, difiere de los modos de enfermar de los varones, sin embargo, al realizarse el diagnóstico utilizando parámetros masculinos, se invisibilizan síntomas que difieren en las mujeres, y que, si se consideraran desde una perspectiva de género, permitirían realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

²⁹ Algunos de los hallazgos fueron: en relación al consumo de sustancias lícitas, hay dos formas de consumo que prevalecen en la actualidad, por un lado el de las mujeres adultas (psicofármacos y alcohol) donde el consumo se hace en el ámbito del hogar, esta situación ha sido señalada con anterioridad por Mabel Burin (1990) al describir cómo el malestar de las mujeres es “controlado” mediante una “tranquilidad recetada”, mientras que en las más jóvenes el consumo (alcohol, psicofármacos y también drogas de síntesis) ocupa los mismos lugares que el de los jóvenes varones: la noche, el baile, las salidas de fin de semana.

advirtiéndolo que dentro de dicho universo, hay diferencias de clase, edad, etnia, en cuanto a las drogas preferidas, los patrones de consumo, los padecimientos, etc.

2.3. Accesibilidad inicial y ampliada ¿adherencia al tratamiento?

Como veremos en el desarrollo de la tesis, una vez caracterizadas las áreas, programas y proyectos implementados desde la política pública en materia de drogas en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires (que serán presentados en la segunda parte de esta tesis), se decidió evaluar los modos en que la perspectiva de género era incorporada o no en los tratamientos. Para ello se indagó sobre el abordaje que es utilizado en un Hospital público especializado en la temática.

En los inicios del estudio se problematizó el concepto de adherencia, considerada desde un punto de vista relacional, que incluye no sólo la visión y la expectativa de los equipos de salud -como tradicionalmente se entiende este concepto-, sino en el vínculo que se establece con los/as usuarios/as del servicio y fundamentalmente los modos en que los/as consumidores/as de sustancias transitan su padecimiento y el proceso asistencial.

El examen de la adherencia al tratamiento, si bien no ha tenido un gran desarrollo en el análisis de los procesos asistenciales relativos a los consumos de sustancias, si ha recibido creciente interés en referencia al VIH/Sida, a partir del cual nos valdremos de algunas reflexiones para nuestro estudio. Al respecto, la interpretación desde la biomedicina³⁰, se centra en la vigilancia del comportamiento de las personas en tratamiento en relación al cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones

También se constató que:

-La mujer es vista como más débil a enfrentar dificultades, por lo cual se le suele indicar psicofármacos paliativos, que luego son utilizados por ellas, sin prescripción médica.

-Los medios utilizados por las mujeres para sustentar su consumo, parecen ser menos dañinos para otros y más autolesivos: ejemplo de ello es la prostitución “encubierta” o intercambio de sexo por droga.

-Es alto el porcentaje de mujeres usuarias que han sufrido abusos sexuales o malos tratos: se hace necesario indagar en cada caso si la adicción es anterior al abuso o posterior, como mecanismo para enfrentar los abusos.

-Muchas mujeres, han iniciado su consumo o sufrido recaídas a partir de la relación afectiva con hombres usuarios de drogas. Consumo condicionado por relaciones de subordinación frente a los varones.

-En los casos analizados de usuarias de pasta base de cocaína, el intercambio de sexo por droga y otras situaciones similares para adquirir la sustancia, ha ido en aumento, y por escasas cantidades de droga, por lo que se ven sometidas a mayores grados de vulnerabilidad.

-Algunas de las usuarias ocultan el consumo para no perder la tenencia de sus hijos, lo cual aumenta el deterioro al no recibir atención adecuada. En otros casos, los hijos han sido la motivación para dejar el consumo.

-Enfrentadas a las políticas neoliberales, las mujeres se ven acorraladas hacia la intervención en actividades ilegales relacionadas con el minitráfico de drogas, como mulas, paradójicamente la mujer ha encontrado una nueva fuente de trabajo, pero como es ilegal, también la saca del mercado laboral legal, con el agravante que además será estigmatizada como delincuente y sometida a una severa criminalización.

³⁰ La biomedicina se inscribe en lo que Eduardo Menéndez llamó Modelo Médico Hegemónico, donde “el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente en el tratamiento de los padecimientos”. Más aún, las instituciones médicas han tratado de “negar -o por lo menos secundarizar- constantemente el papel de los/as sujetos/as y de las condiciones sociales en el proceso salud/enfermedad y especialmente en la atención biomédica, tratando de imponer la existencia de una mirada médica autónoma, profesional y científica” (Menéndez; 2005a: 10-11).

médicas. Desde una perspectiva normativa e individualista, se pondera un/a sujeto/a racional y prevalece una visión del/la paciente como alguien que es receptor/a de los consejos, prescripciones y cuidados (Margulies, 2006) brindados por el/la profesional de la salud.

Desde una perspectiva crítica, consideramos que el análisis sobre la adherencia debe superar las visiones reduccionistas y esencialistas, dando cuenta de la complejidad del proceso de atención de la salud/enfermedad y en nuestro caso particular en la atención por uso problemático de drogas.

En este sentido aquí se pretende:

1. Poner en cuestión las explicaciones reduccionistas y esencialistas sobre la clasificación de los/as usuarios/as en “buenos/as” o “malos/as” “pacientes”, adherentes/potencialmente adherentes/no adherentes. Y por lo tanto creemos necesario poner en consideración, a la hora de analizar la permanencia en el dispositivo asistencial, las condiciones, modos y experiencias de vida de los/as sujetos/as.
2. Cuestionar las concepciones que conciben la actividad clínica como contrato y la idea de autonomía de los/as personas en tratamiento, aislada de los contextos institucionales, políticos y económicos de los sistemas de salud (Margulies, 2006).
3. Ir más allá de la visión biomédica que reduce la “adherencia” a la respuesta del organismo al tratamiento farmacológico y a la actitud racional o irracional del/la paciente en cuanto a las directivas que se le imparten desde los/as efectores/as de salud (Margulies, 2006).
4. E incorporar al análisis de manera central la dimensión de género, teniendo en cuenta que las desigualdades ancladas en esta categoría se presentan en todos los ámbitos sociales y se expresa en las maneras de vivir, sufrir y padecer la enfermedad, así como en los modos en que los servicios de salud distribuyen las prestaciones, recursos y orientaciones de la atención. Y por lo tanto las desigualdades de este tipo se manifiestan entre los y las usuarios/as de drogas en el acceso y permanencia en el tratamiento.

En suma, aproximarse a la complejidad del problema de la adherencia o permanencia en el tratamiento, en los términos en que lo hemos planteado aquí, requiere de un análisis que permita descifrar los núcleos de sentido que intervienen en los modos en que: las desigualdades de género; las condiciones sociales, políticas y económicas del uso problemático de drogas; la percepción y los procesos de reinscripción biográfica; la trayectoria del padecimiento y la dimensión simultáneamente biológica y social del cuerpo, se articulan en las experiencias individuales y colectivas de gestión del tratamiento. Y es en esta arena sobre la que se construyen las nuevas formas de “vivir”, donde deben situarse los procesos relativos a lo que desde la biomedicina se llama la “adherencia” al tratamiento.

Por lo expuesto, preferimos problematizar esta noción de “adherencia” (Margulies et al, 2006) poniendo en consideración las condiciones, modos y experiencias de vida de los/as sujetos/as. Problematizando la idea de autonomía y racionalidad de los/as “pacientes”, aislada de los contextos institucionales políticos y económicos del sistema de salud. Recuperando la capacidad de agencia de los/as actores/actrices sociales que recurren a un servicio de atención de adicciones. E incorporando de manera central la dimensión de género, a fin de visibilizar las desigualdades y las maneras de vivir, sufrir

y padecer la enfermedad, así como los modos en que los servicios de salud distribuyen las prestaciones, recursos y orientaciones de la atención.

Esta noción de adherencia, tal como la acabamos de describir y enriquecer, fue inicialmente aceptable para evaluar el tipo de relaciones que se construían en el proceso asistencial del estudio de caso que describiremos en la tercera parte de esta tesis. Sin embargo, siempre nos dejaba una sensación de incomodidad, siendo que resultaba ser una categoría encorsetada, en el sentido que continuábamos utilizando una noción prestada desde la biomedicina, tratando de refundarla con contenidos que consideramos imprescindibles para nuestro análisis desde las ciencias sociales. Por ello, a medida que se fue avanzando en el diálogo que desde la investigación se fueron estableciendo entre la teoría y el referente empírico, consideramos que el concepto de accesibilidad ampliada nos permite complejizar la cuestión de la adherencia en los términos que aquí fueron explicados. Esta noción permite incorporar una perspectiva de derechos y analizar cuáles son las barreras y oportunidades para que un/a consumidor/a de sustancias una vez que accede al dispositivo asistencial, pueda permanecer en él recibiendo una terapéutica adecuada a sus necesidades y padecimientos. “Mientras que la medicalización implica la individuación, causación biológica y/o psíquica y el tratamiento del consumo como patología; el derecho a la salud refiere a la accesibilidad, disponibilidad de saber experto e intervenciones adecuadas para el alivio de los malestares y padecimientos, relacionados o no con el uso de drogas” (UN, 2000; CELS, 1999; Goodale, 2006; Rossi et al., 2007, citado por Epele, 2008).

Por ello, preferimos utilizar el concepto de accesibilidad ampliada, al interpretar lo que tradicionalmente se leyó en clave de adherencia. Según Comes (2003) la accesibilidad incluye una “accesibilidad inicial” que sería el ingreso al sistema de salud y una “accesibilidad ampliada” donde se incluiría la atención y el tratamiento como un proceso único. Entendemos que el concepto de accesibilidad ampliada se enmarca en una perspectiva de derechos, de acceso a la salud y permanencia en un determinado proceso y complejo asistencial. Asimismo, se evalúan desde dicho concepto cuáles son las barreras y oportunidades para que un/a sujeto/a pueda continuar un determinado tratamiento.

En síntesis, no nos interesa aquí ver la manera en que los/as “pacientes” se alejan más o menos de las prescripciones que realizan los/as profesionales, sino realizar una indagación desde la perspectiva de género que permita avanzar hacia la equidad de género en la atención del uso problemático de sustancias, visibilizando las inequidades que se presenten en los procesos de atención.

Para dar cuenta de ello, se analizan las características y perfil de los/as usuarios/as, las trayectorias de consumo³¹ y la gestión de la enfermedad, incluyendo representaciones y

³¹ Toda trayectoria social debe ser comprendida como una manera singular de recorrer el espacio social, donde se expresan las disposiciones del *habitus*. Los/as actores recorren a lo largo de sus vidas un continuo de experiencias que van trazando itinerarios –a veces más previsibles, a veces más aleatorios– que se construyen simultánea y pluralmente en múltiples dimensiones: familiar, social, laboral, política, religiosa, cultural (Bourdieu, 1995).

prácticas surgidas de las narrativas sobre las experiencias de padecimiento³², los procesos³³ y complejos asistenciales³⁴ y la gestión que realizan del tratamiento³⁵.

Asimismo, observamos la articulación de estas dimensiones con las representaciones y prácticas de los/as trabajadores de salud, teniendo en cuenta los servicios de atención de adicciones brindados en el hospital de referencia y cómo se distribuyen las prestaciones, recursos y orientaciones de la atención.

En suma, se indagan aspectos relativos al tratamiento y las concepciones de accesibilidad y su evaluación. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: acceso inicial; accesibilidad ampliada desde la perspectiva de las personas en tratamiento y accesibilidad ampliada desde la perspectiva de los/as trabajadores/as de salud.

Como señalamos anteriormente, *el acceso inicial* es el modo en que los/as usuarios/as de sustancias llegan al servicio de salud. En relación a este concepto, se relevaron los factores que los/as trabajadores/as de salud identificaban como las principales dificultades de acceso para los/as consumidores/as y si perciben la existencia de diferencias según género, en el sentido de visibilizar las desigualdades y las maneras de vivir, sufrir y padecer; asimismo se evaluaron los modos en que el servicio de salud estudiado, distribuía las prestaciones, recursos y orientaciones de la atención. Además se observaron los modos en que los/as usuarios/as accedieron al servicio: si se trata de

³² La **experiencia del padecimiento** es entendida como un proceso social de naturaleza subjetiva en el cual los/as individuos/as que padecen determinada patología y los/as integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emociones, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean (Mercado-Martínez, 1999).

³³ **Procesos asistenciales**: se trata de un proceso de movilización social que se desencadena ante una crisis personal y/o colectiva. Se estructuran en base a decisiones coyunturales de los microgrupos, de los/as particulares y giran en torno a experiencias de autoayuda, ayuda mutua o autocuidado que no necesariamente se organizan en torno a las disposiciones de los dispositivos asistenciales formales, o de los/as profesionales de la salud, sino a partir de una combinación de saberes específicos elaborados sobre la base de las experiencias previas del colectivo. A menudo son el fruto de los avatares que implican formas excepcionales de crisis y que obligan a improvisar, ensayar soluciones para salir adelante con independencia de las reglas y las normas (Comelles, 1997).

³⁴ El **complejo asistencial** es el ámbito de referencia en el cual se piensa, se representa simbólicamente y despliegan sus decisiones los/as actores sociales, y cómo a través del aprendizaje basado en la experiencia, elaboran conocimientos con los cuales tratarán en el futuro de manejar nuevas crisis. Hace referencia a la percepción del valor de los recursos (intelectuales, emocionales, sociales, institucionales y culturales de los microgrupos) en relación con la disponibilidad de los mismos, y que se basa en la experiencia colectiva en relación a ellos. Se trata de un proceso en el que operan representaciones sociales y culturales, transacciones entre grupos, procesos de mediación social e intelectual, prácticas que traducen la influencia sobre los grupos locales de instancias macrosociales, y a la forma como los/as actores sociales incorporan las experiencias subjetivas (Comelles, 1997).

³⁵ En la categoría **gestión del tratamiento** se incluye el análisis diferenciado de los/as usuarios/as y los/as trabajadores/as de salud según género, en relación a: cómo conceptualizan el uso de drogas (incluido el alcohol) en cuanto al nivel de especificidad, racionalidad y consecuencia y en relación a las causas del problema. Asimismo cómo los/as usuarios/as hacen ajustes o modificaciones a las indicaciones de los/as agentes de salud en función de sus circunstancias personales y acorde a las sugerencias y/o demandas de su red familiar y social; el análisis de los motivos en la consecución o suspensión temporal o definitiva de las indicaciones de los/as trabajadores/as de salud, la existencia o no de estrategias alternativas provenientes de otros tipos de modelos de abordar la enfermedad (incluidos los religiosos) a partir de las consideraciones que hacen de costo-beneficio (Mercado-Martínez, 1999). En este sentido, se trató de identificar de qué manera las diferencias entre los géneros pueden traducirse en inequidades en el acceso a los sistemas de salud.

demanda espontánea (cuando concurren voluntariamente), una demanda realizada por el grupo de apoyo (cuando algún/a otro/a allegado/a al/la usuario/a es el/la que inicia la demanda de asistencia), derivación por otro servicio, derivación judicial, etc.

La *accesibilidad ampliada desde la perspectiva de los/as* usuarios/as se indagó en relación a la manera en que éstos/as cualifican la calidad del entorno terapéutico y a la construcción de un vínculo positivo con los/as terapeutas. Se tuvieron en cuenta la suficiencia del tiempo de tratamiento y el conocimiento de la existencia de reglas implícitas y explícitas del mismo, la valoración que realizaban sobre la adecuación de los servicios según sus necesidades diferenciales en cuanto al género³⁶, la valoración de la psicoterapia y de la ayuda recibida, así como la relación con los/as compañeros/as en tratamiento; así como el tiempo transcurrido en el tratamiento; interrupciones; apoyo recibido durante el mismo (familia, pareja, amigos/as); manifestación de dificultades de adaptación a las indicaciones prescriptas; conocimiento previo y expectativas en relación al tratamiento; relaciones establecidas durante el programa; satisfacción al finalizar el tratamiento; contactos posteriores con el centro; dificultades que se les presentan a los/as usuarios/as en la trayectoria terapéutica distinguida según el género, clase, edad y otras características de la población en tratamiento; representaciones sobre las causas de accesibilidad ampliada diferenciadas según género, representaciones sobre las causas de abandono de tratamiento diferentes según sean consumidoras/es mujeres o varones.

Por último en relación a la *accesibilidad ampliada desde la perspectiva de los/as trabajadores/as de salud*, se incluyó la apreciación que hace el equipo tratante sobre tiempo de permanencia; cumplimiento de objetivos de tratamiento; criterios de cumplimiento de etapas de tratamiento; criterios de alta de tratamiento; evaluación de necesidades diferenciales según género; existencia o no de actitudes, trato, contemplaciones y prácticas terapéuticas diferentes según se trate de usuarios/as mujeres o varones; cambios percibidos en los/as usuarios/as y los criterios diagnósticos utilizados; evaluación que hacen sobre las perspectivas de que los/as usuarios/as mantengan los logros alcanzados; actitudes y acciones de los/as prestadores/as de salud frente a ausencias reiteradas de los/as pacientes. También, la evaluación que hacen los/as profesionales sobre las recaídas, las conceptualizaciones que tienen y evaluación que realizan sobre situaciones de riesgo y vulnerabilidad; evaluaciones sobre acciones que realizan los/as usuarios/as para resolver la problemática; cantidad de sesiones terapéuticas individuales, grupales y familiares recibidas por los/as “pacientes” y grado de apoyo de la red de proximidad para la consecución del tratamiento; reconocimiento de las dificultades específicas que se les presentan a mujeres y a varones para continuar los tratamientos; reconocimiento de diferencias en el abandono del tratamiento de varones y mujeres.

³⁶ Nos referimos aquí a las diferentes formas de vivir, padecer, enfermar, consultar y la atención que se les dispensa a mujeres y varones. Dado que al momento del trabajo de campo no había pacientes “trans” (travestis, transgénero y transexual) en el Hospital, no pudo incluirse aquí la mirada de este tipo de población que podría haber enriquecido el análisis desde la diversidad sexual.

CAPÍTULO 3. ANTECEDENTES EN ANTROPOLOGÍA MÉDICA E INVESTIGACIONES SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS

3.1. Antropología médica clínica y crítica

La presente investigación se vincula directamente con los estudios que se han desarrollado desde de la Antropología Médica Crítica.

Las relaciones entre la medicina y la antropología son antiguas, profundas y complejas. Se remontan a los orígenes de ambas disciplinas durante la Ilustración y se configuran en torno al papel que juegan las ciencias naturales, aplicadas y sociales en los cambios relacionados con la preeminencia del capitalismo y la construcción del Estado Liberal. Hasta fines del siglo XIX, la antropología fue una de las ciencias médicas básicas y como tal jugó un papel fundamental en la consolidación de la teoría médica y de su papel político (Peset 1984, citado en Comelles y Martínez 1993: 7).

Una obra considerada pionera en lo que más tarde se ha dado en llamar Antropología Médica, son los estudios de William Rivers en la década de 1920.

Rivers era médico antes que antropólogo, sin embargo fue el primero en reconocer la necesidad de reunir en un sistema coherente y significativo, la suma de creencias y prácticas con que los nativos arrostran el accidente y la enfermedad (Aguirre Beltrán, 1992: 52).

En 1924 publican póstumamente su obra, *Medicina, magia y religión*, tomando como base el trabajo etnográfico sobre las prácticas curativas aborígenes de Nueva Guinea. En dicho libro “a partir de un estudio comparado de los sistemas encargados de explicar la salud y la enfermedad, dotando a la medicina aborígen del carácter de institución social, distinguía tres grandes subsistemas o concepciones del mundo: la naturalista de carácter empírico, la mágica y la religiosa” (Comelles y Martínez, 1993: 26-27).

El esfuerzo sistematizador y comparativo de Rivers quedó, como un hecho aislado en la antropología británica, aunque su esquema comparativo fue retomado en parte por Forrest Clements (1932), quien esbozó una tipología universal de las concepciones primitivas sobre la etiología de las enfermedades basada en cinco categorías: brujería, intrusión de un objeto, transgresión de un tabú, intrusión de un espíritu y pérdida de alma.

En 1926 llega a México, Robert Redfield, quien comenzó a realizar trabajo de campo en Tepoztlán, publicando en 1930 el libro del mismo nombre, en el que configura sus postulados teóricos. “Su propósito, fue el conocimiento de la cultura Folk en todas sus vertientes –la medicina entre ellas–” (Aguirre Beltrán, 1992: 55).

Otros estudios fueron desarrollados por la antropología británica y francesa, en los cuales la enfermedad fue referencia ineludible en los análisis sobre brujería, hechicería, magia y religión; tal es el caso de Evans Pritchard (1937) sobre los azande (Comelles y Martínez, 1993: 27).

Desde el Particularismo Histórico en EE.UU., Boas se opuso a la tendencia teleológica del evolucionismo, al organicismo médico y a las teorías de la Antropología Biológica configuradas a partir de la craneometría poligenista, etnoracista y especulativa. Su

interés por lo cultural e históricamente específico, y el abandono del reduccionismo biológico, se tradujo, metodológicamente, en la importancia que concedía a la perspectiva indígena o *emic*, frente a la visión exógena o *etic* del evolucionismo y del difusionismo. Boas se opuso a la reificación del objeto de estudio y diferenciando entre sujeto y objeto, dotó a éste último de entidad discursiva (Ídem: 29).

El nuevo enfoque facilitó investigaciones sobre temas médicos que pueden ordenarse en torno a dos asunciones de Boas: el énfasis en la especificidad cultural y el valor de las dimensiones psicológicas de la cultura. La primera, inspiró los estudios intensivos de las instituciones médicas indígenas y de los remedios empíricos que acabarían dando lugar a la etnomedicina. La segunda, alentó investigaciones sobre las relaciones entre la cultura y la personalidad que darían lugar a la etnopsiquiatría, la antropología psicoanalítica y el etnopsicoanálisis (Ídem: 29).

La Escuela de Cultura y Personalidad, se articuló en la confluencia del particularismo y la psicología. En ella destaca la obra de Ruth Benedict que influyó en el discurso antropológico y en el psiquiátrico. “Los frágiles cimientos de categorías como anormalidad y desviación que utilizaban profusamente clínicos y sociólogos empiristas, fueron cuestionados en un alegato relativista que situaba los parámetros y límites de la conducta normal y psicopática en el contexto de la cultura. Con sus aportes, el desarrollo de la enfermedad como objeto de estudio antropológico y el debate sobre la universalidad de la clínica quedaba abierto” (Comelles y Martínez, 1993: 31).

En Francia, los aportes de Lévi-Strauss, constituyen puntos de referencia esenciales en el análisis de las relaciones entre medicina y antropología. El autor efectuó una serie de analogías, sobre las relaciones entre las experiencias chamánicas y el psicoanálisis, donde definía el significado de la *eficacia simbólica*. Con la introducción de este concepto, destacaba dos aspectos fundamentales. Por un lado, cómo la fuerza de la palabra, puede modificar la respuesta fisiológica y por otro lado, cómo la introducción de una innovación por parte del chamán transforma la respuesta social y exige una nueva racionalización del procedimiento. En ambos casos se revisaban las relaciones entre los niveles consciente e inconsciente a la luz de las influencias de la lingüística estructural (Ídem: 32).

Desde los años 70 en adelante, los trabajos antropológicos en este campo, pueden ser divididos en tres dimensiones, según el abordaje que se realice sobre la enfermedad, las cuales se correlacionan con distintas orientaciones en el campo de la antropología médica. Éstas, corresponden a los conceptos de “disease, illness y sickness”. Dichas categorías permiten analizar los distintos tipos de construcciones que los grupos tienen en relación al proceso de salud-enfermedad, independientemente del modelo biomédico. Tendríamos que la antropología de la **disease**, refiere al estudio de las anomalías de las estructuras orgánicas en los cuerpos.

La antropología de la **illness**, estudia los elementos culturales y simbólicos de la enfermedad. Es decir, los modos en que los/as sujetos/as y su red social experimentan la disease.

Y, por último, la antropología de la **sickness**, estudia las dimensiones socio-políticas de la enfermedad.

Es en los Estados Unidos, donde Taussig (1980) y Young (1982), desde una postura vinculada al marxismo, introdujeron una dimensión más global, menos relacionada con la enfermedad (*disease*), y/o con su expresión cultural (*illness*) y mucho más con las dimensiones colectivas, sociales de la enfermedad, empleando las nociones de sistema médico o de *sickness* (Comelles, 2000).

Allan Young (1982) diferenció dos tipos de investigaciones: la antropología de la *illness* y la antropología de la *sickness*. La primera es caracterizada por una perspectiva culturalista, desde un marco interpretativista y simbólico, teniendo como referente central, la experiencia del individuo.

Por otro lado, la antropología de la *sickness*, incluye un conjunto de investigaciones heterogéneas, en relación directa con los problemas de salud-enfermedad.

Los desarrollos más importantes dentro de esta corriente, son los de la Antropología Médica Crítica, la cual entiende los temas de salud a la luz de las fuerzas sociales, políticas y económicas mayores que configuran las relaciones interpersonales y las conductas sociales, al mismo tiempo que, generan significados sociales y condicionan la(s) experiencia(s) colectiva(s) (Singer 1990).

Desde esta perspectiva se critica a la antropología médica tradicional, ya que no establece una ruptura epistemológica con la medicina biomédica. Es decir que, los/as antropólogos/as que se dedican a la clínica parecen sostener cierta expansión del saber y competencia médica para incluir algún reconocimiento de las dimensiones no biológicas y sociales de la enfermedad (*sickness*) (Scheper-Hughes y Lock, 1986).

Por otro lado, Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1986) acusan a los estudios político-económicos de tender a despersonalizar el problema del/a sujeto/a y el contenido de la antropología médica al focalizar sobre el análisis de sistemas y cuestiones sociales, y descuidar el contenido particular, existencial, subjetivo de la enfermedad, el sufrimiento y la curación como eventos y experiencias vividas. Por el contrario plantean la necesidad de reconocer que la experiencia del/la paciente es construida y reconstruida en la arena de acción de las categorías de sentido constituidas socialmente y las fuerzas político-económicas que conforman los contextos de la vida cotidiana. Sin embargo, el reconocer la poderosa influencia de estas fuerzas, no implica afirmar que los/as individuos sean objetos pasivos o impersonales, sino solamente que responden a condiciones materiales dentro de las posibilidades delimitadas por la configuración existente de relaciones sociales.

Además de la reproducción en el micronivel de la ideología médica dominante, que en sí misma reproduce la ideología político-económica dominante, puede encontrarse en el dolor, el pánico y la motivación para la acción que comprenden la experiencia del/la paciente, un potencial impulso para la historia social.

Por eso la antropología médica, debe llamar la atención sobre las maneras en que la experiencia del/la paciente desafía a la hegemonía médica y a la medicalización, tanto en niveles colectivos como individuales.

Siguiendo a Singer (1990), mientras que la perspectiva crítica asigna la prioridad última a la penetración de los procesos y estructuras internacionales y nacionales, también sostiene que una comprensión pormenorizada de cualquier problema particular,

demanda una exploración completa de actividades y patrones en el micronivel, incluyendo su efecto sobre el macronivel.

Este enfoque evita lo que Giddens (1984) denomina la “guerra falsa” entre micro y macroniveles, dado que ningún nivel es considerado como el esencial de la realidad social. En la perspectiva de la antropología crítica, el micronivel está imbricado en el macronivel, mientras que el segundo incluye al primero pero no es reductible a él. Lo que se produce más bien es una división heurística para facilitar el examen de la conexión entre configuraciones únicas y procesos generales.

3.2. Antropología médica en América Latina

Los comienzos más o menos imprecisos de la Antropología Médica en América Latina, pueden ser detectados en Mesoamérica en la década de 1920, constituyendo su expresión más significativa la serie de investigaciones biomédicas que culminaron en el informe Shattuck para Yucatán y que contaron con la colaboración de antropólogos como Redfield, Seggerda, y Benedict. A partir y en función de éstos trabajos, pueden distinguirse tres períodos en la producción académica en estas latitudes; a) 1920-1930; b) 1940-1960 y c) 1970 en adelante (Menéndez, 1985).

El primer período sólo presenta trabajos aislados, vinculados a proyectos biomédicos, con bajo desarrollo teórico.

El segundo período es el más relevante, no sólo por la notable cantidad de trabajos, sino porque varias de las investigaciones más importantes estuvieron relacionadas con los organismos de salud locales, y porque durante este período se constituyó un modelo explicativo de notoria influencia. Estas investigaciones se desarrollaron básicamente en Mesoamérica (sobre todo en México), Colombia y Perú.

Las temáticas dominantes de esta producción antropológica fueron la relación médico-paciente, las enfermedades “tradicionales”, las terapias “nativas”; en segundo término puede detectarse un interés por algunos problemas de salud mental, en particular el alcoholismo, los problemas nutricionales y el proceso de embarazo, parto y puerperio.

En el tercer período, la antropología médica ha diversificado los campos y temáticas de estudio, apuntando a producir investigaciones que aportaron a la planificación y ejecución de programas y proyectos de salud, tomando en cuenta el punto de vista de los conjuntos sociales, sus prácticas y narrativas. Desde una perspectiva crítica esta corriente, inscribe el análisis de los padecimientos, sufrimientos, traumas, pero también de los deseos, placeres, y su articulación con las respuestas que se dispensan desde el sistema de salud, considerando tales dimensiones dentro de la estructura social, de la economía política. Asimismo, sobre la base de la experiencia de los/as propios/as usuarios/as promueve el mejoramiento de los procesos de atención, fortaleciendo los procesos de cuidado y autocuidado.

3.3. Visión antropológica de los consumos de sustancias

En este apartado, analizamos algunos trabajos de relevancia que sirven de antecedentes para nuestra investigación. Como veremos, son escasos los estudios antropológicos en nuestro país, siendo un campo de mayor interés para otras disciplinas, como psicología, trabajo social, sociología, derecho, medicina, epidemiología.

La mayor cantidad de antecedentes desde la antropología, provienen de investigaciones de Estados Unidos, España y México. Podemos señalar aquellos que se detienen sobre las prácticas, narrativas y sentidos otorgados al consumo de alcohol y aquellas otras etnografías realizadas entre los grupos que consumen sustancias ilegalizadas³⁷.

Uno de los referentes nacionales y latinoamericanos más destacados que dedicaron gran parte de su carrera a la indagación del proceso de alcoholización es Eduardo Luis Menéndez, quien despliega parte de su producción académica sobre el tema en el libro “Morir de alcohol” (1990). Completan sus aportes, las cuales son una referencia ineludible en este campo, numerosas publicaciones de su autoría (1991; 1992; 1998a y 1998b) y junto a otros autores como Di Pardo (1996; 1998; 2001a; 2001b; 2001c).

Para nuestra investigación, es pertinente considerar las distinciones que realiza Menéndez (1990; 1991) sobre la cuestión del consumo de alcohol, quien precisa la imposibilidad de concebir de manera intercambiable los conceptos de alcohol, alcoholismo y alcoholización, aunque en muchos casos se los use indistintamente. Al respecto señala que, por ejemplo, la sustancia química que sería el alcohol, estaría caracterizada por una serie de propiedades “cuyas consecuencias y funciones operan básicamente a partir de las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que lo utilizan” (Menéndez, 1991: 13).

Puntualiza además, que la mayoría de las consecuencias negativas serían producto no del alcohol en sí, sino de las condiciones construidas socialmente. Por ejemplo, los homicidios, violaciones, agresiones intra y extrafamiliares, el ausentismo laboral, etc., no son productos necesarios del consumo de alcohol, sino que constituyen normatividades definidas por cada sociedad (Menéndez, 1991:14).

Por otro lado, desde la antropología también se realizan precisiones entre las nociones de alcoholismo y proceso de alcoholización. El primer término refiere a las consecuencias patológicas generadas por el consumo de alcohol; mientras que la alcoholización constituye un proceso que la instituye y le da funcionalidades específicas dentro del juego de relaciones dominantes en una sociedad o cultura determinadas (Menéndez, 1991:15).

Menéndez (1985: 597) señala que las investigaciones sobre el tema realizadas en Latinoamérica por los/as primeros antropólogos/as culturales, entre las décadas de 1940 y 1950, se caracterizan por evitar la estigmatización del problema y por reconocer en el alcoholismo no un fenómeno de enfermedad, sino básicamente una función social e ideológica que adquiere caracteres positivos en numerosos contextos. Es decir, su concepción es antimedicalizadora, tal como lo sostendrían ulterior o coetáneamente las corrientes críticas en salud mental.

³⁷ Ver nota al pie N° 3.

En otro orden, varios estudios sobre las actitudes médicas hacia los/as alcohólicos/as, reflejan la propensión a tener una evaluación moralista del/la individuo, aunque empleen la etiqueta de enfermedad para la condición. Conrad y Schneider (1980) encuentran una tendencia general entre los/as médicos/as a considerar al/la paciente alcohólico/a como persona de carácter débil, no cooperativo/a, incurable y por lo tanto como una pérdida de tiempo.

Siguiendo en el mismo curso de argumentación, posicionado desde la antropología médica crítica, Singer (1988) considera que el discurso hegemónico que se inscribe en nociones biomédicas, ha construido un *concepto dual del alcoholismo*, por un lado ubicando al proceso de alcoholización³⁸ (Menéndez, 1990) como problema médico que requiere tratamiento, pero a su vez, como una limitación ética del individuo alcohólico (Rodín, 1981, citado por Singer, 1988: 48).

Según este autor, se trata de un concepto que resulta política y económicamente útil, en el sentido que, “además de crear un mercado de las habilidades terapéuticas y de investigación, ampliando la hegemonía del modelo médico dominante de la conducta humana, y protegiendo tanto la reputación como los ingresos de los/as productores, promotores/as y lucradores/as del alcohol, la aceptación del alcoholismo como una enfermedad del cuerpo, mente, o familia, despolitiza eficazmente este problema social y normaliza las condiciones socioeconómicas que lo producen³⁹” (Ídem: 48).

El componente moral del *concepto dual*, sirve para aislar el tratamiento médico del alcoholismo de una evaluación excesivamente crítica. Asimismo, al apegarse a este tipo de valoración del alcoholismo, los/as médicos/as expresan un fatalismo clínico, proyectando su fracaso en curar a sus pacientes, adjudicándose a un resultado inevitable de una biografía o predisposición cultural únicas. Lo paradójico es que el modelo médico hegemónico sigue apropiándose de la problemática y el tratamiento antialcohólico, trasladando su ineficacia a los/as consumidores/as (Stara, 1982; Singer 1998; Menéndez, 1990).

Respecto a las investigaciones antropológicas sobre los consumos de sustancias ilícitas tenemos algunos trabajos desde el primer mundo que constituyen una referencia obligada. Uno de los autores más destacados es Philippe Bourgois (1989; 2003; 2004; 2010), si bien el trabajo etnográfico sobre la economía política de la cultura callejera en la *inner city*⁴⁰, fue realizado a mediados de la década del 80, fue publicado recién en 2003 en inglés y en 2010 en español por la editorial Siglo XXI bajo el título “En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem”. Se trata de un estudio sobre la segregación racial y pobreza que experimentan los vendedores de crack de origen puertorriqueño en el East Harlem (Nueva York). Da cuenta de la lucha diaria que libran para vivir los traficantes de drogas y sus familias en el “gueto”; las frustraciones vinculadas con su paso por el sistema educativo y los intentos por ingresar en el mercado laboral formal.

³⁸ Se refiere a los procesos y estructuras económico-políticos y socioculturales que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características básicas del uso y consumo (implicando el no consumo) de alcohol por los conjuntos sociales (Menéndez, 1990).

³⁹ Para ampliar sobre el tema, ver Conrad y Schneider, 1980; Jacobson et al, 1986; Hill, 1980.

⁴⁰ “La expresión *inner city* surgió en los años ochenta en los Estados Unidos como un eufemismo de la palabra “gueto”, que sigue utilizándose en la lengua coloquial para referirse a los enclaves urbanos altamente segregados como el Bronx y Harlem” (Bourgois, 2010: 31).

Se detiene en relatar el ingreso de estos migrantes latinos en la “cultura callejera y en las pandillas” y en las artimañas que utilizan para poder acceder a los planes de asistencia social.

En una línea similar, la etnografía de Anderson (1990) analiza los cambios producidos en las relaciones económicas y sociales en una comunidad de Filadelfia, EE.UU. Expone los significados que los/as usuarios/as de drogas le atribuyen a su comportamiento, dando lugar a una mayor comprensión de la compleja serie de factores que influyen en sus vidas.

En otro trabajo relativamente reciente, Page y Singel (2010) realizan una evaluación de las investigaciones etnográficas del Siglo XX sobre el uso de drogas en Estados Unidos, dando cuenta del acceso al mundo oculto de estas poblaciones, los espacios que frecuentan, la criminalización de los/as usuarios/as, la incidencia de la globalización y las fuerzas estructurales constrictivas que contribuyen en la marginalización de estos grupos.

También son un antecedente antropológico de relevancia los trabajos de Oriol Romani, cuyas investigaciones se inician en los años 70 en España y continúan hasta la actualidad. En su libro “Las drogas. Sueños y razones” (1999), agrupa algunas de sus etnografías más relevantes entre heroinómanos/as, usuarios/as en situación de encierro, consumidores/as de *Cannabis* y evaluaciones de los procesos asistenciales en distintos centros de tratamiento catalanes. Asimismo, da cuenta de las posibilidades que otorga la etnografía para el conocimiento situado, no sólo de las experiencias, trayectorias, narrativas de los/as toxicómanos/as, sino también de por lo menos dos ámbitos donde aquellos/as transitan, que son, por un lado, los circuitos del comercio ilegal de drogas y por otro, el de las instituciones, grupos y profesionales que se ocupan de intervenir sobre el tema.

Otro conjunto de investigaciones hacen referencia al complejo: uso de drogas por vía inyectable y VIH/SIDA. Entre algunos de ellos podemos destacar los trabajos de Connors, (1995) quien explora cómo los/as usuarios/as de drogas inyectables, tratándose de un grupo sin poder, se resisten a la hegemonía médica desde la disidencia, la desconfianza. Analiza cómo estas actitudes pueden operar como limitantes reales a recibir mensajes preventivos sobre la infección por VIH/Sida, mientras que las constricciones de la económica y política y supervivencia diaria, refuerzan la necesidad de confianza y reciprocidad dentro de su red social.

Koester, (1994; 1995) sintetiza las contribuciones de la etnografía para el trabajo con estas poblaciones. Bourgois, (1998) y Broahead y Fox, (1990), se ocupan de las economías morales, la violencia cotidiana en la calle y el riesgo de infección por VIH entre los/as consumidores/as de sustancias por vía endovenosa.

3.4. Antropología de los consumos de sustancias en Argentina

En nuestro país, luego de los ya citados trabajos de Eduardo Menéndez, un grupo de estudios antropológicos, que parten de los complejos vínculos entre procesos económico-políticos y vida cotidiana, han dado cuenta de las formas de padecimiento,

sufrimiento, múltiples heridas y malestares entre los grupos de consumidores/as de drogas (Epele, 2002, 2006, 2010). Otro bloque de investigaciones se desarrollan en los años 90 con la detección de VIH/sida entre los/as usuarios/as de drogas inyectables, siendo que este grupo poblacional tuvo una prevalencia alarmante de infección rondando el 40 %, suscitando una importante emergencia epidemiológica. En suma, el complejo uso de drogas/VIH-Sida fue abordado por María Epele (1997; 2002; 2003); Epele y Pecheny (2007); Santiago Wallace y equipo (1997; 2000) y que, luego de su lamentable fallecimiento, la línea de investigación fue continuada por Mabel Grimberg y equipo desde el Programa de Antropología y Salud de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, pero más centrada en las experiencias y narrativas de vivir con VIH (2006; 2009).

En una línea diferente de indagación antropológica, encontramos estudios sobre dispositivos asistenciales (Renoldi, 1997; 1998; Garbi et al. 2012) y sobre los procesos de judicialización en casos de narcotráfico (Renoldi, 2008).

Por último hallamos investigaciones que realizan análisis cualitativos sobre valores y creencias de jóvenes en relación al consumo de sustancias (Mac Nally, Menéndez, Rabetzky y Viale, 1998).

3.5. Antropología del uso de sustancias con perspectiva de género

Son escasas las referencias antropológicas sobre la temática desde una perspectiva de género. Una de las que principalmente se ha ocupado, es Nuria Romo Avilés (2001; 2004; 2005; 2006) analizando especialmente el consumo de drogas de síntesis en los ámbitos de música electrónica en España.

Por su parte Phillippe Bourgois *et al.* (2004) a partir de la observación participante entre usuarios/as de drogas inyectables en San Francisco (Estados Unidos), revela cómo, en el sentido común de la cultura callejera, están normalizados altos niveles de violencia contra las jóvenes usuarias incluyendo violencia física, sexual y emocional. Asimismo, la economía moral de los/as consumidores/as en situación de calle, respecto a la necesidad de generación de ingresos, intercambio de recursos, incluyendo la adquisición de drogas, obliga a las mujeres a establecer relaciones con hombres mayores, conformándose vínculos abusivos y económicamente parasitarios de las mujeres.

Advierte además, sobre cómo las intervenciones en salud pública, así como los proyectos de investigación, podrían beneficiarse si utilizaran transversalmente la perspectiva de género en las interpretaciones cuali y cuantitativas, reconociendo las desigualdades de poder entre los géneros y los modos en que el contexto social puede dar forma a la propagación de enfermedades infecciosas y promover niveles desproporcionados de sufrimiento social en poblaciones vulnerables como es el caso de las mujeres usuarias de drogas, principalmente de los sectores desiguales económicamente.

Por otro lado, de acuerdo al sentido amplio en que se concibe el género en esta tesis (ver capítulo 2 apartado 2), no sólo circunscribiendo exclusivamente la mirada en las mujeres, sino también interpretando relacionamente la construcción de las

masculinidades, consideramos que el libro “En busca de respeto” de Philippe Bourgois (2010) ha sido elaborado en clave de género. Esta brillante etnografía da cuenta de la influencia de las constricciones de la economía-política en la construcción de las masculinidades en el contexto de enclaves guetificados como Harlem, -como él lo llama “apartheid en la ciudad”-. En la misma línea analiza cuestiones como la violencia íntima; prácticas de violaciones colectivas entre adolescentes; la puesta en crisis de las masculinidades debido a la progresiva adquisición de derechos individuales de las mujeres y la construcción de un nuevo espacio público femenino, que según reflexiona el autor, trae consigo angustia, sufrimiento y desenlaces contradictorios, en aquellos hombres que han ido construyendo su subjetividad en el modo tradicional, al poner en jaque la dominación masculina que otrora ejercían.

En nuestro país María Epele (2008; 2009; 2010) ha incursionado en una mirada género sensible, dentro de la etnografía sobre drogas, pobreza y salud que desarrolló entre 2001 y 2005 en tres barrios del Gran Buenos Aires, focalizando en los procesos de desigualdad, visibilizando las experiencias de las parejas e intimidad a través de las crónicas de rescate; las situaciones conflictivas en el acceso a políticas sociales cuando, debido al estigma que se construye en general sobre los/as consumidores pero en particular sobre las mujeres usuarias de drogas, ubica a éstas últimas dentro del colectivo de “adictas” y no en el grupo de las “buenas pibas” de la comunidad. Otro eje de indagación que explora la autora desde esta perspectiva, se centra en los vínculos entre cuerpo, consumo, deseo y sujeción de los/as usuarios/as de drogas.

SEGUNDA PARTE

DISCURSOS, DISPOSITIVOS, POLÍTICAS PÚBLICAS DE
DROGAS

CAPÍTULO 4. ESTRUCTURA QUE CONSTITUYE EL FENÓMENO: LA VIOLENCIA DE LA DESIGUALDAD

Si bien la presente investigación no tiene como objetivo realizar un análisis pormenorizado de los mecanismos geopolíticos vinculados a “la droga, tráfico y narcotráfico”; consideramos importante describir algunos tópicos que en cierto modo han ido construyendo las dimensiones necesarias para desplegar políticas, corrupciones, violencias, extracciones que se han ido consolidando en nuestro país y en la región de América Latina durante las últimas décadas, afianzando determinadas prácticas, discursos, universos de sentido en torno a las “políticas de drogas”.

Tanto por los propósitos de investigación como por el escaso espacio disponible, nos resulta imposible abordar todas las complejidades del fenómeno de producción, circulación/tráfico y consumo de sustancias; ya sean éstas legalizadas o ilegalizadas; o si son socialmente aceptadas como es el caso del consumo de alcohol, o no lo son. Tampoco se podrá más que visualizar en su contexto de producción, los factores conexos vinculados a “la droga”, como son el negocio ilegalizado de precursores químicos para la elaboración de las sustancias, el lavado de dinero, el contrabando de armas, las exorbitantes cantidades de miles de millones de dólares que circulan alrededor del narcotráfico, los compromisos políticos y Estatales para, no sólo la construcción del “problema droga”, sino también, su reproducción y perpetuación en el tiempo, por más de medio siglo, desde que se inició la “guerra contra las drogas”, exportada por Estados Unidos al resto del mundo. Esta mundialización de la construcción de “la droga” como “problema” irradiada desde USA, nos ha dejado, atrapados/as dentro de una moralidad puritana de lucha contra el “flagelo de la droga” y la consecuente estigmatización y criminalización de los/as usuarios/as.

Sin embargo, nos es útil reflexionar, sobre los modos en que es utilizada la noción de contexto, ya que en el sentido común académico, se lo vincula generalmente al espacio en el cual se desarrolla determinado fenómeno o el lugar donde se producen ciertas intervenciones (bélicas, policiales, sanitarias, políticas, educativas, jurídicas, etc.). En nuestro caso de estudio, coincidimos con Mario Pecheny (2010) en considerar al contexto como una estructura que constituye el fenómeno, no como algo externo, sino como algo que lo produce. En este sentido, es necesario pensar las condiciones sociales, políticas, económicas, legales, nacionales e internacionales que inciden en los usos de drogas en Argentina. El contexto es el fenómeno, en toda su complejidad, es lo que lo produce y lo reproduce: por ejemplo la criminalización del/la usuario/a no es el contexto, sino la producción y reproducción del fenómeno. Esta perspectiva, como plantea Pecheny, permite recuperar experiencias subjetivas “en contexto”, pudiendo así pensar las intervenciones y accionar en un sentido estructural e histórico.

4.1. Geopolítica de las drogas

Una de las definiciones clásicas de geopolítica retomada por Labrousse⁴¹ (2011) remite a “los conflictos de poderes para el control de territorios, de sus riquezas y de los hombres que las producen” (Labrousse, 2011:11). Dicha definición es pertinente para interpretar las disputas por el poder y el dominio sobre la producción, circulación y consumo de las drogas ilegalizadas. Como veremos en el siguiente capítulo, desde el siglo XX, se ha establecido una política prohibicionista ligada a los consumos de estas sustancias, y a su producción, por lo cual las disputas por el control del comercio de estupefacientes se tiñen de una lógica de quebrantamiento de la ley y clandestinidad.

Al respecto, se pueden observar diferencias entre las drogas de origen natural y las drogas de síntesis. Las plantaciones de drogas de origen natural, frecuentemente ubicadas en países del Tercer Mundo, llegan a alcanzar grandes extensiones territoriales para su producción, cientos de miles de hectáreas, que mediante imágenes satelitales pueden ser localizadas. Generalmente los laboratorios para la extracción de los alcaloides, resinas, etc. y elaboración de la droga se encuentran cercanos a las zonas donde se cosechan las plantas. Sin embargo, los intensos controles ligados a la “guerra contra las drogas” de los últimos decenios realizados en los principales países de producción agrícola, hicieron que se diversificaran territorialmente las distintas fases de elaboración, necesarias para obtener las sustancias refinadas para el consumo. Y en consecuencia los laboratorios primarios se ocupan mayormente de la primera fase de extracción de los alcaloides, resinas, etc.

Otro método diferente, se desarrolla en la producción de las drogas de síntesis, fundamentalmente porque la fabricación de su materia prima, que es exclusivamente química, no necesita de grandes extensiones territoriales, como es el caso del cultivo de plantas, sino que un laboratorio puede ser instalado en cualquier país –generalmente los del primer mundo- donde estas sustancias son consumidas, o en los países en los cuales son producidos los precursores químicos para su elaboración, como es el caso de la Argentina.

4.2. Drogas de origen natural

El uso de la hoja de coca (*Erythroxylum coca*) es una de las tradiciones que se remontan miles de años en los países andinos. En la actualidad el coqueo sigue siendo una práctica cotidiana en la vida de los pueblos de la región. “Basta comparar las esculturas de los coqueros de las fases del período de Desarrollo Regional (Jijón 1912; OEA/Bco. Central 1984; Holm y Crespo 1977) con fotografías de los coqueros que viven actualmente en el Perú y Colombia (Plowman 1984) (citado por Ledergerber Crespo, 1977: 377)” o también observar a la gente cuando recorremos el noroeste argentino y países limítrofes, para darnos cuenta de cómo se continúa utilizando cotidianamente la hoja de coca para mascar o consumir en infusiones.

⁴¹ Periodista y sociólogo, presidente y fundador del Observatorio Geopolítico de las Drogas de París, Francia.

“En el Perú, donde las condiciones climáticas son más favorables para la conservación de materiales orgánicos, ya se han podido obtener evidencias directas e indirectas del cultivo y utilización de la planta de coca en sitios arqueológicos fechados desde el período Precerámico Tardío hasta el período Incaico. Por ejemplo, en los sitios Asia en el valle del río Ornas (Engels, 1963), en Huancayo alto en el valle del río Chillón (Dillehay 1979), en Nazca en el desierto sureste de Lima (Gryffiths 1930)” (citado por Ledergerber Crespo, 1977: 377).

Las tradiciones en el uso de esta planta con fines alimenticios, medicinales y rituales se remontan hasta aproximadamente cinco mil años y continúan en la actualidad casi sin modificaciones en relación a lo que eran en la época prehispánica.

No obstante, lejos de establecer una correlación con las prácticas tradicionales del coqueo y otros usos de la coca, el procesamiento de esta planta para la extracción de clorhidrato de cocaína se remonta a la segunda mitad del siglo XIX. Luego del descubrimiento de la cocaína en ese siglo, los grandes laboratorios farmacéuticos alemanes y holandeses importaban significativas cantidades de hojas de coca de Perú y Bolivia, hasta que a principios del Siglo XX los holandeses en las colonias de Java y los japoneses en Taiwán logran aclimatar la planta y se convierten en ese período en los primeros productores de hojas de coca. Este hecho posibilitó dar respuesta a la primera expansión mundial del consumo de esta sustancia con fines psicoactivos (Labrousse, 2011).

Entre 1946 y 1961⁴² tres conferencias internacionales, deciden aplicar medidas de control que hasta ese momento eran empleadas de manera azarosa, provocando indirectamente la especialización de los tres países andinos (Bolivia, Colombia y Perú), al convertirse en los productores principales de una actividad ilegalizada que simultáneamente devino en un elemento central de su economía y de sus relaciones con Estados Unidos (Labrousse, 2011).

Hacia fines de los años setenta, los países andinos desarrollaron progresivamente su producción de coca/cocaína con la finalidad de responder al segundo “boom de la cocaína” en Estados Unidos y en el resto del mundo. “Las superficies cultivadas de *Erythroxylum coca* en la región amazónica peruana pasaron de 1.500 ha. en 1972 a 20.000 en 1979” (Labrousse, 2011: 19).

A principios de los años noventa la producción de coca peruana alcanzaba cerca de 120.000 hectáreas. Posteriormente la derrota de las guerrillas en ese país y el consiguiente retiro del ejército del valle del Huallaga provocó una reducción

⁴² En 1946 se firmó un protocolo que estableció la Comisión de Estupefacientes (CE) bajo la órbita del Consejo Económico y Social. La CE es el órgano que formula las políticas contra las drogas dentro del sistema de Naciones Unidas y debe tratar en profundidad todos los asuntos relacionados con el control de drogas. En junio de 1953 se firmó otro documento, esta vez en Nueva York, denominado Protocolo para Limitar y Regular el Cultivo de la Adormidera, y la Producción, Comercio Internacional y al Mayoreo, y el Uso del Opio. En 1961 la Convención Única sobre Estupefacientes consolidó la normatividad internacional y derogó la gran mayoría de las convenciones y acuerdos mencionados anteriormente. Esta Convención establece las directrices de las políticas contra las drogas actuales y limita el consumo de opiáceos, coca cocaína, marihuana y drogas sintéticas incluidas en el Protocolo de París de 1948 a usos «médicos y de investigación científica», lo que implica eliminar cualquier posibilidad de uso recreativo, religioso o social de estas drogas. La Convención establece cuatro listas de drogas sujetas a diferentes niveles de control y define los organismos de vigilancia dentro del sistema de Naciones Unidas (Thoumi, 2009).

considerable del cultivo, con un área cubierta de poco más de 30.000 ha. a fines de dicho decenio. Más tarde, mientras las campañas de fumigación en Colombia permitieron –entre los años 2000 y 2005- reducir a la mitad la superficie de cultivo de coca, en Perú se observó un aumento que para 2007 superó las 50.000 ha. Esta tendencia no cesó de confirmarse. En 2010 se observó –por cuarto año consecutivo- un crecimiento de la superficie de coca peruana, que llegó a casi 60.000 ha. Debido a esto, hay expertos que han planteado la posibilidad de que Perú supere a Colombia en los próximos años y se transforme en el primer productor mundial de hojas de coca (Labrousse, 2011).

Respecto del *Cannabis sativa*, en la actualidad se cultiva en prácticamente todos los países del mundo. Según datos de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en 2003 la producción mundial de hojas de *Cannabis* (marihuana) se calculaba en 42.000 toneladas, distribuidas en un 42 % en América, 28 % en África, 14 % en Asia, 4 % en Europa y 2 % en Oceanía (UNODC, 2005: 81-85). En América el principal productor es México, seguido de Colombia, las Islas del Caribe y el propio Estados Unidos, quien además es el principal consumidor de marihuana en el mundo, registrando “más de 11,5 millones de consumidores regulares” (UNODC, 2003: 29).

Por otro lado, el *hachís* que se elabora a partir de la resina de *Cannabis*, se consume mayormente en Europa. El proveedor principal del mercado Europeo es Marruecos, estimándose que la superficie cultivada pasó de 30.000 ha. en la década del 80 a 134.000 ha. a comienzos del presente siglo.

Como puede constatarse, hay una ampliación en la base territorial de estas plantaciones al igual que la de *Papaver somniferum* de la cual se extrae el opio, y además, se sintetizan heroína y morfina. Este aumento se debe por un lado al incremento en la demanda de drogas en las sociedades industrializadas, y por otro lado, a la constante destrucción de plantaciones efectuadas por las agencias internacionales de combate encabezada por Estados Unidos y las fuerzas armadas locales, que generan un efecto boomerang en el aumento de las zonas sembradas para contrarrestar las posibles pérdidas por fumigaciones, y otras estrategias de destrucción.

Pese a los riesgos de participar en la producción ilegal de cultivos, para los campesinos locales, los ingresos obtenidos, muchas veces representan más del doble de los recursos económicos que obtendrían cultivando productos tradicionales. Sin embargo, aunque es sabido que la agricultura, por ejemplo, de *Cannabis*, acelera la destrucción de agriculturas autosustentables y de autoconsumo, los Estados no promueven alternativas viables para una economía de tipo agrícola sustentable e igualmente redituable.

El otro aspecto a considerar es que la política de fumigaciones no sólo es brutal, cruel e inhumana, al arrojar químicos sobre áreas rurales sin estrategias que garanticen la seguridad alimentaria y sanitaria de las poblaciones, sino que tampoco es efectiva. Las familias agrícolas, sin otras alternativas de subsistencia, buscan estrategias que permitan producir en menor extensión de territorio plantado, la misma cantidad de toneladas de droga. Es decir, que se optimiza el cultivo para producir la misma cantidad de cocaína o marihuana en poco más de la mitad del área de cultivo.

4.3. Drogas de síntesis

La mayoría (99 %) de los laboratorios⁴³ clandestinos de drogas sintéticas detectados, procesan “*estimulantes de tipo anfetamínico*” (ETA) y fabrican, principalmente, sustancias del grupo de las anfetaminas, a saber, metanfetamina, anfetamina propiamente dicha, metcatinona y sustancias del grupo del éxtasis. Gracias a la variedad y disponibilidad de las materias primas necesarias para la fabricación de drogas sintéticas, éstas pueden producirse prácticamente en cualquier parte del mundo. Actualmente no es posible saber exactamente la cantidad de ETA que se fabrica ilícitamente, pues a diferencia de los cultivos de amapola o de arbustos de coca, no se pueden hacer estimaciones independientes de la fabricación basadas en la teledetección. Los ETA se fabrican en todo el mundo; principalmente en el Asia oriental y sudoriental, Europa, América del Norte, Oceanía y África meridional. En 2008, el número de



Ilustración 3: comprimidos de ETA con diversas formas y colores.

laboratorios clandestinos de ETA notificados aumentó un 20 % y, por primera vez, se descubrieron laboratorios en Argentina, Brasil, Guatemala, República Islámica de Irán, Kazajstán y Sri Lanka (UNODC, 2010: 203).

Los principales productos elaborados y distribuidos en América son metanfetamina y éxtasis. Otros productos de síntesis manufacturados y empleados en la región son: Fentanil y Ketamina (sustancias empleadas en anestesiología), LSD (ácido lisérgico), metacualona, PCP (fenciclidina) y ácido gama-hidroxibutírico. El tipo de presentación en algunas de estas sustancias es la de pastillas coloridas con múltiples diseños y formatos que representan imágenes de personajes de moda como puede verse en las ilustraciones 3 y 4, cuyos personajes son los

protagonistas de dibujos animados, por ejemplo, de la serie de “Los Simpson”, “Pucca” y “Mickey Mouse” de Disney. Esto pone en evidencia que la estrategia comercial de ampliación de la población objetivo es intensa, dirigiendo la mirada a los/as más jóvenes y cada vez de edades más tempranas.



Ilustración 4: comprimidos de ETA, con colores llamativos y diseños de personajes de dibujos animados.

⁴³ No hay una definición internacionalmente aceptada de laboratorio clandestino de drogas sintéticas. Por tanto, es posible que las cifras incluyan la extracción de precursores de ETA, síntesis de drogas, refinación, elaboración de pastillas, empaquetado, instalaciones de almacenamiento en laboratorios y vertederos de productos químicos y de equipo, según un concepto amplio del término “laboratorio” (UNODC, 2010: 203).

4.4. Argentina: de país de tránsito a país de consumo ¿y elaboración?

*“Son todos narcos, todos narcos”
Gustavo Cordera
(Sr. Cobranza. Bersuit Vergarabat)*

Hacia fines de los ochenta, en Argentina se discutía si el país seguía siendo o no un país de tránsito, o si el consumo de sustancias se había incrementado de tal manera, que ya no podía soslayarse el hecho de que en ese trayecto, desde los países productores hacia los países destinatarios de sustancias, quedaran toneladas de drogas para ser consumidas internamente.

Un aspecto que no se consideraba con adecuada importancia, es que en los '80 –al igual que en nuestros días- el consumo más marcado era de alcohol, y que además, se perfilaba una tendencia en los/as consumidores/as hacia el uso de psicofármacos, “operando un fenómeno de reemplazo, es decir, que mientras los mecanismos de control perseguían y reprimían las drogas provenientes del tráfico ilícito (marihuana, cocaína, heroína, opio, LSD, etc.), los/as usuarios/as se volcaban al consumo combinado de drogas farmacéuticas de menor visibilidad” (CENARESO, 1986: 58-59).

Esto explica, según Escotado (1992) que la imposición de una restricción o control de ciertas drogas produce un cambio en las preferencias de los/as usuarios/as y que en el peor de los casos, las drogas prohibidas se sustituyen por alcohol y drogas psicotrópicas que están fuera del control jurídico.

Desde el discurso oficial de fines de los ochenta y principios de los noventa, la Argentina era considerada un país de tránsito fundamentalmente de cocaína proveniente de Colombia y Bolivia para luego ser exportada a Europa.

Para ese entonces la captura de 70 kilos de cocaína en el conurbano bonaerense, en octubre de 1987, dio pruebas de la circulación de esa droga en el territorio argentino, originaria de dichos países. “Al año siguiente fueron decomisados 566 kilos en Mar del Plata. El 18 de abril de 1990, a bordo de un buque de bandera peruana zarpado de Lima, la policía descubrió en las costas argentinas 246,5 kilos de cocaína de gran pureza. En los primeros seis meses de ese mismo año fueron capturados 600 kilos. Los servicios internacionales antidroga calculaban a comienzos de la década del 90 que entre 5 y 10 toneladas de la droga destinada a Europa transitaban por puertos argentinos” (Labrousse, 1993: 406-407).

Sin embargo, las incautaciones de ese período eran insignificantes, en comparación con las que se registran veinte años después. Pese a ello, como describe Aureano (1997) los procesos de criminalización del consumo de drogas que se desarrollaron hacia fines del gobierno de Alfonsín, pero fundamentalmente a partir del gobierno Menemista hasta nuestros días fueron virulentos. Es decir que, los primeros años postdictadura (1976-1983), período denominado por Aureano como “primavera democrática”, se caracterizaron por una “despenalización de hecho”, debido a que el primer gobierno democrático apoyaba el desarrollo de actividades de prevención y la creación de una red de centros organizados sobre bases diferentes al enfoque psiquiátrico tradicional (de

encierro), estrategia que propugnaba que era posible luchar contra el abuso de drogas sin recurrir a medidas punitivas. Hacia fines del período alfonsinista, pero fundamentalmente con la llegada del gobierno de Menem, se puso en vigencia la ley 23.737⁴⁴ que criminalizaría la tenencia de drogas, hasta en los casos de posesión de mínimas cantidades, como las utilizadas para consumo personal; y por consiguiente el primer impulso de abordaje integral inclusivo, fue desplazado por una nueva lógica punitiva. Es a partir de los 90, que se despliega toda una serie de dispositivos de control social, de represión, pero sobre todo de modificación de las condiciones de ciudadanía de los/as consumidores/as de drogas, especialmente en aquellos sectores sociales que están en el extremo inferior de la distribución de la riqueza, mientras que en el otro extremo, se continúa protegiendo a las clases hegemónicas, los/as amigos/as del poder y a los/as que están en el poder.

Existe, por tanto, dos tipos de obstáculos en el ejercicio de la ciudadanía, por un lado, los/as usuarios/as son despojados/as de su condición de ciudadanos/as, porque la ley de drogas los/as invade en todas las libertades. Por otro, aún más notable, es que el gobierno sea el principal promotor incondicional, al proteger a los/as funcionarios/as involucrados/as en el tráfico de drogas y lavado de dinero de la droga (Aureano, 1997). Las crónicas periodísticas de la época dieron cuenta de notorios hechos que ponían en evidencia la certeza de tales afirmaciones.

Distintos factores influyeron en dicho proceso: la corrupción, la insoslayable actuación política para que el fenómeno se produzca, ya sea por acción u omisión, los procesos de extracción de bienestar, de desigualdad, pobreza y polarización de los estándares de riqueza, pero además el enriquecimiento desmesurado de determinados sectores que participan en el tráfico de drogas, en combinación con otros tipos de negocios turbios como la venta de armas, de cuerpos, de partes de cuerpos (órganos) (Scheper-Hughes, 2001; 2005), de niñas y niños, de mujeres y varones jóvenes que se comercian para ser utilizadas/os en la tortura o la esclavitud sexual (Segato, 2003; Comaroff, Comaroff, 1999). Estos tráficos han sido el contexto de expansión de un capitalismo poscolonial, extractivo, violento.

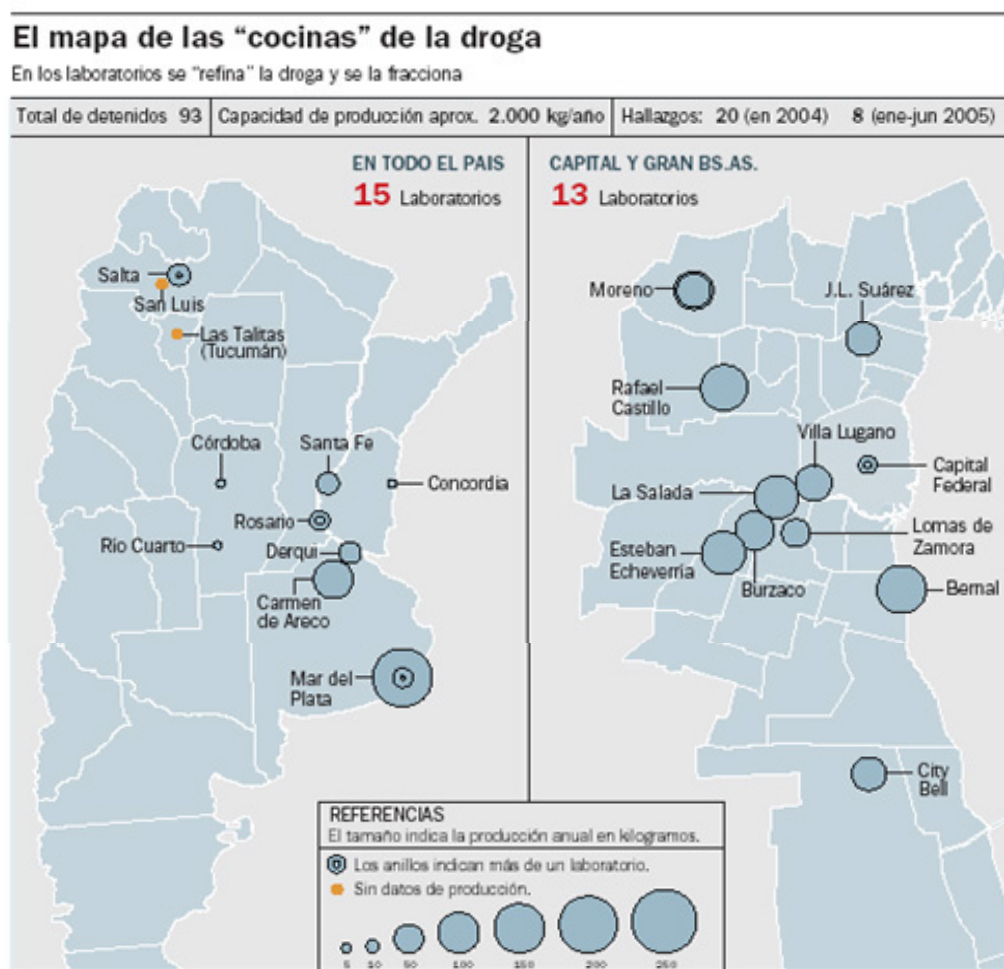
Una de las evidencias de que nuestro país participa en la última etapa de elaboración de cocaína, se constata en el momento en que se multiplican los/as usuarios/as de cocaínas fumables, pero fundamentalmente se comienzan a detectar las “cocinas” de fabricación de estas sustancias, en los barrios de sectores más empobrecidos. Son escasos los estudios sobre el momento de instalación de la pasta base de cocaína (en adelante PBC) en Argentina (Ranguini, Rossi, Corda, 2006; Míguez, 2006), pero fundamentalmente, son esquivas las fuentes de información para poder dilucidar los eventuales cambios en la producción y tráfico de determinadas sustancias, que generalmente se vinculan con transformaciones de tipo más general en la economía de las drogas ilícitas.

Para algunos/as expertos/as, “lo que influiría decisivamente en la mayor presencia de PBC sería una re-territorialización del circuito cultivo–producción–exportación. Al elaborarse la cocaína en la Argentina, es posible que haya mucha mayor presencia de PBC y, por supuesto, de los residuos de la cocción, que son lo que usuarios/as y

⁴⁴ Ley que tiene plena vigencia en nuestros días.

expertos/as identifican como ‘paco’. En pocas palabras, la industria de la cocaína se modifica y en Argentina ya no entra el clorhidrato de cocaína listo para ser comercializado en el país y exportado; según esta hipótesis, actualmente se importa la cocaína básica desde Bolivia y Perú para ser procesada y convertida en clorhidrato en laboratorios clandestinos instalados en territorio argentino para, una vez obtenido el producto final, venderse al mercado interno y exportarlo a los ‘atractivos’ mercados internacionales. El proceso ahora local de ‘elaboración’ de cocaína permite que los ‘productos intermedios’ (como la cocaína básica y el ‘paco’) circulen en las inmediaciones de esos laboratorios y funcionen como un negocio menor del gran negocio de la cocaína” (Rangugni, Rossi, Corda, 2006: 44). Ver más adelante ilustración 5, con la distribución en Argentina de las cocinas de PBC.

Sobre la base de los informes oficiales, los organismos internacionales describen la situación de la Argentina en el contexto latinoamericano, según los cuales las incautaciones de cocaína en América del Sur alcanzaron niveles sin precedentes en 2008, con un total de 418 toneladas (cocaína base y sales), casi más de un tercio que en 2007 (322 toneladas). En términos absolutos, el mayor aumento respecto de 2007 fue, con gran diferencia, el registrado en Colombia (un crecimiento de 61,9 toneladas). En términos relativos, también se registraron incrementos notables en Perú (donde las incautaciones prácticamente se duplicaron), en el Estado Plurinacional de Bolivia (las incautaciones se elevaron un 62%), en Argentina (51%), Brasil (21%) y Ecuador (12%) (UNODC, 2010: 166).



Fuente: SEC. DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO. Ilustración 5. Mapa de las “cocinas de droga” en Argentina. Citado por RAGUGNI, ROSSI, CORDA, 2006.

A diferencia de América del Norte, los expertos nacionales de América del Sur continúan comunicando una tendencia creciente del consumo de cocaína. La prevalencia anual del consumo de esta droga en América del Sur está entre el 0,9% y el 1% de la población de 15 a 64 años, por tanto es comparable con su consumo en Europa, pero muy inferior al de América del Norte. La prevalencia anual agregada de consumo de cocaína en América Central oscila entre 0,5% y 0,6%, y en el Caribe, entre 0,4% y 1,2% (UNODC, 2010: 178).

Argentina notificó la mayor prevalencia de consumo de cocaína de América del Sur (2,7%), seguida por Chile (2,4%) y Uruguay (1,4%). La prevalencia anual⁴⁵ de uso de cocaína en Argentina y Chile es comparable a la prevalencia en Estados Unidos. En cifras absolutas, Brasil y Argentina son los mayores mercados de cocaína de América del Sur (más de 900.000 y 600.000 usuarios/as, respectivamente). Según una encuesta escolar realizada por la UNODC⁴⁶ y la CICAD⁴⁷ en países de América del Sur, la prevalencia anual de consumo de cocaína más alta entre estudiantes correspondió a Chile, seguido de Uruguay y Argentina (UNODC y CICAD Informe subregional sobre uso de drogas en población escolarizada, 2009/2010). En América del Sur también se consume frecuentemente pasta base o cocaína base. Sin embargo, tanto entre los/as estudiantes como la población adulta, el consumo de clorhidrato de cocaína es generalmente superior al de pasta de coca. Las tasas de consumo de cocaína y pasta base entre los/as estudiantes encuestados/as, de Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia y Perú eran similares (UNODC, 2010:179).

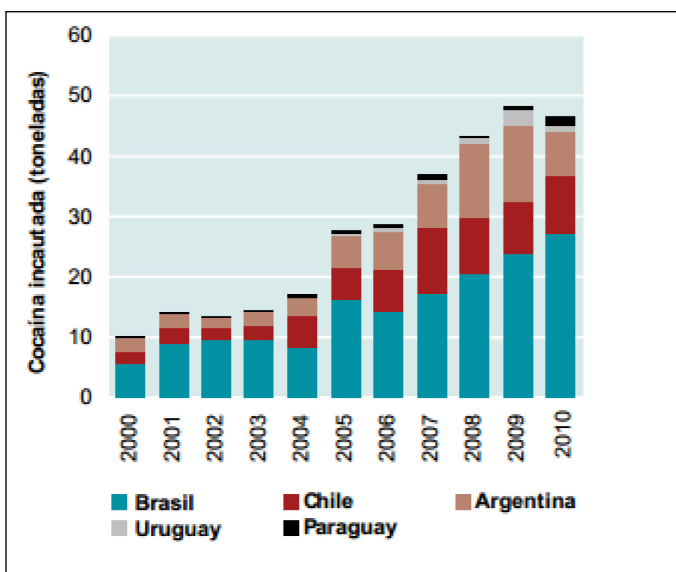


Ilustración 6. Toneladas de cocaína incautada 2000-2010. Fuente UNODC 2012, en base al cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

Nota: En el caso de la Argentina, los datos disponibles para 2010 no eran directamente comparables con los de años anteriores, dado que no incluían las incautaciones efectuadas por las fuerzas de seguridad federales del país. Por tanto, el total de incautaciones correspondiente a 2010 (para la Argentina y, en consecuencia, para los cinco países) podría ser superior al reflejado en la figura.

El Informe Mundial sobre las Drogas 2012, emitido por la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (UNODC, 2012), asevera que en Argentina, las

⁴⁵ La prevalencia anual: Número de personas que han usado una determinada sustancia en el último año, tomando como denominador el total de la población.

⁴⁶ UNODC: Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (por su sigla en inglés).

⁴⁷ CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Perteneciente a la OEA (Organización de los Estados Americanos)

incautaciones de cocaína aumentaron casi ocho veces entre el 2002 y el 2009, superando las 12 toneladas para ese último año (Ver ilustración 6).

Sin embargo, se estima que las confiscaciones realizadas en 2013 representan sólo un 10 % de la cocaína que circula en Argentina. Se calcula que en ese año ingresaron al país por vía aérea 121 toneladas de esa droga. El modus operandi utilizado para ingresar las sustancias al territorio argentino es principalmente en avionetas, en las zonas donde luego se completará la última fase de producción, empaquetamiento, distribución interna y exportación hacia Europa. La escala se realiza cada vez más al sur, llegando principalmente al norte del conurbano bonaerense, Rosario (Santa Fé) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Según el informe que en 2008 publicó la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas, se comunicaron laboratorios de cocaína en países de América del Sur como Argentina (20 laboratorios), la República Bolivariana de Venezuela (10), Chile (4) y Ecuador (3). Además de América del Sur, se notificó la detección de laboratorios de cocaína en los siguientes países Europeos: España (25), Países Bajos (4), República de Moldova (1) y Grecia (1). Los informes preliminares de los gobiernos de los países con cultivos de coca indican que en 2009, el número de laboratorios clandestinos detectados que procesaban esta sustancia era casi tan elevado como en 2008, y supera con creces el de 2005-2007 (UNODC, 2010: 164-165).

En el mismo informe, se recalca que el consumo de drogas supone una gravosa carga financiera para la sociedad. En términos monetarios, se requerirían unos 200.000 a 250.000 millones de dólares (entre un 0,3% y un 0,4% del PIB mundial) para sufragar todos los costos de tratamiento relacionados con las drogas en todo el mundo. En realidad, las sumas reales destinadas al tratamiento por uso problemático de sustancias son muy inferiores y menos de una de cada cinco personas que necesita tratamiento lo recibe.

El impacto del consumo de drogas ilícitas en la productividad de una sociedad -en términos monetarios- parece ser aún mayor. Según un estudio realizado en los Estados Unidos, las pérdidas de productividad son equivalentes al 0,9% del PIB y en estudios realizados en otros países se citan pérdidas del orden del 0,3% al 0,4% del PIB.

4.5. Poder y corrupción

¿Qué circunstancias han influido para que la Argentina dejara de ser un país de tránsito a un país de consumo, elaboración y exportación de drogas hacia Europa? ¿Qué mecanismos han operado para la instalación en el país de grupos de “narcotraficantes” provenientes de Colombia, México y Perú? ¿Cuál es la incidencia de los politraficantes en la economía, y el posible surgimiento de nuevas clases sociales que algunos/as autores/as han llamado “narcoburguesías”? ¿Cómo opera el lavado de “narcodólares” en el sistema financiero internacional y en las economías nacionales de la región? En el último decenio, estos han sido algunos de los interrogantes respecto a los cambios

acaecidos en el estatus que nuestro país asumió dentro de la economía política de las drogas ilegalizadas.

Numerosos hechos vinculados a los negocios de drogas que en la mayoría de los casos están cercanos a la política, han tomado en las últimas décadas relevancia mediática y política.

Uno de los primeros escándalos que adquirió notoriedad sobre la vinculación de la política con el lavado de dinero y tráfico de drogas se conoció con el nombre de Yomagate⁴⁸ y Narcogate (Lejtman, 1993), durante la presidencia de Carlos Menem.

A fines de 1995 se produjo la salida precipitada del Secretario de Estado para la lucha contra las drogas (SEDRONAR)⁴⁹, y luego la no menos precipitada salida de su sucesor en febrero de 1996⁵⁰; el descubrimiento de varias redes de venta de drogas que habían establecido sus propios circuitos de distribución de cocaína y, por último, el caso denominado por los medios como Narco-vip -que involucró a algunas personalidades prominentes de la comitiva presidencial, al igual que a otros personajes de la "farándula"⁵¹-, fueron algunos de los casos emblemáticos de la década del 90.

A comienzos del presente siglo cobró relevancia el impacto que tuvo el consumo de PBC sobre los sectores más vulnerables de la sociedad, aunque algunos estudios

⁴⁸ La causa que recibió el nombre mediático de Yomagate investigaba una operación de lavado por el tráfico de cocaína en Estados Unidos. El dinero para el blanqueo ingresaría en valijas desde el país norteamericano y era destinado en Argentina a diversas operaciones financieras, como compra de inmuebles, joyas o creación de empresas. Otra parte se desviaba a su vez a Uruguay.

La causa del Yomagate implicó a la secretaria de audiencias (y a la vez cuñada) del entonces presidente argentino Carlos Menem. Amira Yoma debió estar bajo prisión preventiva, la que fue revocada por la titular de la Cámara en lo Criminal Federal Luisa Riva Aramayo.

"En este proceso está aún prófugo el ex esposo de Amira Yoma, Ibrahim Al Ibrahim, que se encuentra refugiado en Siria. El hombre era asesor de la Aduana de Ezeiza y, según las instancias de la causa, se valía de ese cargo público para evadir los controles y asegurarse de que las valijas con los billetes no fuesen revisadas al entrar en el país" (La Nación, 10-9-2003 <http://www.lanacion.com.ar/526252-pena-minima-para-mario-caserta-por-el-yomagate>).

Trece años después del escándalo Mario Caserta (quien fuera Secretario de Recursos Hídricos del gobierno menemista y miembro de la conducción del Partido Justicialista bonaerense) recibió en 2003 una pena de 5 años, la mínima pena prevista por la ley 23737.

También estuvieron acusados Carlos Scopelliti, Amed Collazo Valdez que fue extraditado a Uruguay, Carlos Alberto Torres, Miguel Ángel Arnone y Carlos Minotti, condenados a tres años de prisión en suspenso.

⁴⁹ Alberto Lestelle se hizo famoso porque en 1995, en una charla en la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos, aseguró que "hay legisladores que antes de ir a las sesiones pasan por el baño a darse un nariguetazo de cocaína y luego explotan como bomba con un discurso magnífico" (La Nación, 15-1-2014. <http://www.lanacion.com.ar/1655671-una-secretaria-signada-por-las-controversias>)

Sus controvertidas declaraciones motivaron su apresurada renuncia. Una década después tuvo que enfrentar una investigación por la supuesta asignación irregular de subsidios de entre \$ 80.000 y \$ 500.000 a organizaciones, fundaciones y particulares que debían usar ese dinero para la recuperación de usuarios/as.

⁵⁰ Gustavo Green fue obligado a renunciar de la SEDRONAR cuando la Justicia le dictó prisión preventiva en una causa del 93 por la privación ilegal de la libertad de dos militantes justicialistas. En su momento la Jueza de Morón, Raquel Morris Dooglatz, lo condenó a tres años de prisión en suspenso, dado que Green se amparó en su inmunidad parlamentaria. Por esa causa, un juez lo sobreseyó 31 horas antes de asumir como Secretario de Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). En marzo de 1998 la Cámara de Apelaciones anuló dicha medida y dictó su prisión preventiva. Asimismo fue acusado de desviar hacia fundaciones de atención de usuarios/as de drogas, 6 millones de pesos de la Campaña Sol sin Drogas (que cobró relevancia por la participación de Diego Maradona encabezando las publicidades)

⁵¹ Guillermo Coppola, Ramón Hernández (secretario privado de Menem), Diego Maradona, Leopoldo Poli Armentano, entre otros.

(Rangugni et. al, 2006) mostraron que el consumo de esta droga también llegaba a los sectores medios. Empero el mayor capital social y cultural de estos grupos, servía para amortiguar las consecuencias del consumo. Como resultante de la extensión del uso intensivo entre las/os jóvenes pobres, las madres de los/as usuarios/as de *Paco* se movilizaron y conformaron un movimiento llamado *Madres contra el paco*, que desde el año 2003, se unieron en rechazo y protesta contra la venta indiscriminada de ésta y otras sustancias psicotrópicas. Reclamaron por la salud y seguridad de sus hijos/as, víctimas del consumo y de las redes de violencia y narcotráfico de los barrios. Asimismo, denunciaron la tolerancia y pasividad de la policía, al tiempo que exigieron políticas públicas que alejaran a sus hijos/as de la droga (Parga, 2010).

En esa década, en algunos casos por intervención judicial y en otros por la movilización barrial, se desmantelaron y derrumbaron algunas de las casillas de las villas de emergencia donde se procesaba y vendía PBC, como también ocurriera durante el 2014 en Rosario.

Sin embargo, no se puede circunscribir la elaboración de drogas sólo a los barrios humildes. Un ejemplo de ello, es que en noviembre de 2004 la Policía Federal descubría en una casaquinta de Francisco Álvarez, en Moreno (Provincia de Buenos Aires), un importante laboratorio instalado en el país, que tenía capacidad para refinar y producir más de 300 kilogramos de cocaína al mes.

Más cerca en el tiempo, algunos hechos importantes en el mismo sentido, fueron revelados y publicados por los medios, entre ellos el caso conocido como “Triple Crimen” de Sebastián Forza, Damián Ferrón y Leopoldo Bina, hallados en un zanjón de General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires. Este hecho permitió en 2008, visualizar el tráfico ilegal de precursores químicos para la elaboración de drogas, pero también, según la causa judicial que se abriera, pudo conocerse que desde varias de las droguerías operadas por estos empresarios se habría desviado dinero para financiar la campaña política (Alegre y Delfino, 2011).

Una de las ramificaciones de este caso, fue el procesamiento por la jueza María Servini de Cubría, de José Granero (extitular de la SEDRONAR y exdirector de la empresa estatal ENARSA), Gabriel Abboud (exsubsecretario de ese organismo) y Julio De Orué (exdirector del Registro de Precursores Químicos), como partícipes necesarios en una maniobra de importación y desvío de efedrina. Según consta en la causa, la SEDRONAR habría autorizado el ingreso de más de 40 toneladas de efedrina entre 2004 y 2008, siendo que antes de 2004, las importaciones de efedrina para la fabricación de medicamentos rondaban las 1,5 toneladas por año, constituyendo un aumento cercano al 1000% anual.

Otros empresarios jóvenes que se vincularon con el tráfico internacional, esta vez de cocaína, son los hermanos Gustavo y Eduardo Juliá⁵² y Matías Miret, que en enero de 2011 fueron detenidos con 944 kilogramos de cocaína en el aeropuerto de Barcelona. La droga habría sido cargada en el aeropuerto de Morón, provincia de Buenos Aires. Según los medios españoles, el gobierno de ese país venía siguiendo la denominada

⁵² Jóvenes de clase acomodada, hijos de un ex jefe de la Fuerza Aérea Argentina. Los hermanos Juliá fueron condenados en enero de 2013 por la justicia española, a 13 años de prisión y una multa de 100 millones de euros. Mientras que Matías Miret fue absuelto.

"Operación Volare", ya que en tres oportunidades anteriormente los hermanos Juliá habrían ingresado cocaína a España en vuelos privados.

Otro tipo de casos que cobraron notoriedad pública son los que vinculan a distintas fuerzas policiales con la circulación y comercio de drogas en el país. Por ejemplo, a fines de 2012 se arrestó a Hugo Tognoli, ex jefe de la Policía santafesina, acusado de encubrir a un traficante de drogas y de advertirle que la Policía de Seguridad Aeroportuaria lo estaba siguiendo.

En Córdoba se destapó lo que se dio a conocer como la banda de los narcopolicías, por esa causa en 2013 renunciaron el ministro de Seguridad cordobés Alejo Paredes y el jefe de la policía local Ramón Frías; también fueron detenidos e imputados ocho efectivos, entre los que se encuentra el comisario mayor retirado Mario Nieto, quien hasta el año anterior se desempeñaba como jefe de Drogas Peligrosas (Telam, 13/9/2013).

En 2013 durante la campaña para las elecciones legislativas entre oficialistas y opositores se cruzaron acusaciones sobre quien tenía la responsabilidad de la presencia en nuestro país, de narcotraficantes buscados internacionalmente. Esto culminó en una serie de 29 allanamientos en distintas zonas de Capital Federal, Lomas de Zamora, Pinamar, Esteban Echeverría y tres countries de Tigre, que asociaron a una banda vinculada con narcos que operarían desde Cali, Colombia (Página 12, 30/10/2013).

En noviembre de ese mismo año durante el Plenario de la Conferencia Episcopal Argentina, la iglesia elaboró un documento denunciando la grave situación por el avance del narcotráfico. En el mismo documento responsabilizó al gobierno y advirtió que la Secretaría encargada de luchar contra el narcotráfico (SEDRONAR) hacía 9 meses que no contaba con Subsecretario/a al frente de esa cartera de estado.

Un revuelo importante se desató con las declaraciones, en febrero de 2014, del Ministro de Defensa de La Nación, Agustín Rossi, quien sostuvo "la Argentina, antes, era un país de tránsito, no era un país de consumo. Hoy esa situación ha cambiado: la Argentina es un país de consumo y, lo que es más grave, también es un país de elaboración" (La Nación, 15/2/2014). Inmediatamente el Jefe de Gabinete, Jorge Capitanich, salió a desmentir al Ministro, y dando la posición oficial del gobierno, citó al secretario de Seguridad, Sergio Berni, manifestando que "objetivamente en Argentina no se produce droga, más allá de aquellas plantas de marihuana que algunos/as consumidores/as pueden tener en su casa" y que "tampoco hay una producción a gran escala". Además dijo que "prácticamente es imposible que se produzca (cocaína) en la Argentina porque las condiciones de altitud y clima no dan para el crecimiento de esta planta" (Página 12, 18/2/2014). Este "debate semántico" tiene su origen en los posibles costos internacionales que tendría sostener que en el país se fabrican drogas.

La enumeración que realizamos hasta aquí no pretende ser exhaustiva, sino que tiene la intención de presentar los distintos ámbitos, niveles y grados en que se han diversificado los circuitos de las drogas. Como consecuencia de este avance en la producción, circulación y exportación de drogas ilícitas se despliegan distintos actos de violencia y homicidios con modalidades mafiosas. Por ejemplo, son moneda corriente en Rosario, jóvenes acribillados en la puerta de sus casas, madres denunciando a los "narcos" que matan a sus hijos, y como represalia, los imputados se cobran la vida de esas madres que osan arriesgarse a revelar los circuitos de la "transa". Varias

manifestaciones/protestas se han realizado en esa ciudad para denunciar el narcotráfico y la connivencia de políticos, policía y de la justicia, poniendo en evidencia lo que Isla y Míguez (2004) han definido como la existencia de un “Estado transgresor”⁵³.

Este tipo de situaciones, que se han naturalizado, forman parte de la vida cotidiana de algunos territorios especialmente de la Provincia de Buenos Aires, Rosario y Córdoba. En determinados espacios se establecen relaciones sociales entre grupos e individuos, que expresan distinciones y jerarquizaciones, resultado de prohibiciones, permisos y relaciones de poder. Ahora bien, la mayoría de los actos violentos se producen entre miembros de la misma clase social, violencias que operan con la intención de dominar estos territorios, en “busca de respeto” (Bourgois, 2010). Estos espacios se consolidan como el “apartheid en la ciudad” (Bourgois, 2003; 2010), se expresan producto de la violencia estructural, de la economía-política desigual, extractiva. Pero en el plano subjetivo, el “terror” se ha consolidado como elemento del capital social y cultural, de los *habitus* que tienen los actores sociales que interactúan a través de las violencias (Menéndez, 2012; Moser y Shrader, 1999; Moser y van Bronkhorst, 1999).

Y podríamos seguir nombrando muchísimos más casos que impiden negar la fuerte presencia del crimen organizado en nuestro país, pero también de las violencias cotidianas que se sectorizan, y se circunscriben a determinados territorios. Se observan disputas por el control y dominio de territorios entre punteros políticos, jefes “narcos” y sicarios, donde otrora se disputaban los espacios entre líderes locales.

Una de las hipótesis que circulan sobre las circunstancias que han influido en la instalación de grupos narcotraficantes de Colombia, México y Perú en nuestro país, corresponde a lo que en criminología se conoce como “Teoría del desplazamiento”⁵⁴. El establecimiento de dichos grupos, que en muchos casos se tratan de ramificaciones de

⁵³ La noción de Estado transgresor, hace referencia a que “los/as agentes estatales en la Argentina, por lo menos en muchísimas oportunidades y en muchísimos sectores del estado, parecen no responder a los intereses colectivos o los intereses de una ‘clase’, sino a los intereses particulares y coyunturales de las propias burocracias estatales” (Isla y Míguez, 2004: 23).

⁵⁴ La Teoría del Desplazamiento, argumenta que es posible eliminar las oportunidades para la comisión de un delito, o prevención de un delito modificando las condiciones en que se comete. Tal como lo expresa la Prevención Situacional del Delito no impide que tal delito se cometa ya que el “delincuente” no opera donde no existen las oportunidades o donde la situación ya no es conveniente para él, sino que se desplaza y el delito se comete de todas formas en otro lado y en otro momento.

Según Felson y Clarke (1998), existen cinco formas sugeridas por esta teoría en las que el delito puede desplazarse:

- El delito puede moverse de una localidad a otra (desplazamiento geográfico);
- El delito puede moverse de un tiempo a otro (desplazamiento temporal);
- El delito puede moverse de un objetivo a otro, es decir, a una víctima u objeto mayormente favorable (desplazamiento de objetivo);
- El método para cometer el delito puede ser cambiado por otro (desplazamiento táctico);
- El delito puede ser sustituido por otro (desplazamiento del tipo de delito).

Aunque lo anterior sugiere que el desplazamiento siempre es negativo, puede haber efectos positivos, y otra forma de observar los desplazamientos se da desde este punto de vista positivo cuando el crimen se desplaza de un delito grave a uno menos grave, con menor recompensa o que causa menos daños. Esto representa un éxito que produce una ganancia neta. Es neutral cuando el crimen se desplaza a un con igual gravedad, riesgo y daño. Es incluso cuando la prevención se concentra en aquellos objetivos que son victimizados repetidamente, con objeto de obtener una distribución del delito más equitativa. Es negativo cuando el delito se desplaza hacia uno más serio, con mayor recompensa o que causa mayores daños y finalmente es atractivo cuando las actividades o lugares atraen el delito de otras áreas u oportunidades (Romero Muñoz, 2013).

los distintos carteles ligados al narcotráfico, se debe a una fuerte estrategia de lucha contra el crimen organizado en los países de origen, que conlleva a la búsqueda de nuevas estrategias en el campo de la ilegalidad o de salidas hacia los países que tienen más vulnerabilidades en materia de seguridad nacional, escasa o nula radarización de fronteras, poco control de rutas desde gendarmería y corrupción.

Un ejemplo de este efecto es el emanado de la puesta en práctica del “Plan Colombia”, sancionado por ley en julio de 2000 por el entonces presidente de Estados Unidos. Con el objetivo de detener el flujo de estupefacientes hacia el mercado de ese país, el presidente Clinton le otorgó a Colombia 1,3 millones de dólares, principalmente en ayuda militar. La guerra contra las drogas promovida por Estados Unidos, desatada en Colombia y otros países productores, produjo una dispersión de los grandes carteles, los cuales se han reconfigurado en nuevas organizaciones con pequeños ejércitos cuyos líderes de bajo perfil mantienen vínculos con otras organizaciones, controlan puntos estratégicos del tráfico y se mantienen ricos y poderosos políticamente.

Desde distintos medios se ha revelado, que en nuestro país, desde los años 90 hasta la actualidad, se han radicado varias familias de líderes de carteles mexicanos, colombianos y peruanos. Aquí han comprado importantísimas propiedades y han desplegado toda una serie de negocios lícitos e ilícitos donde se incluyen el lavado de dinero, de armas, etc. Un caso emblemático es el de la familia Escobar⁵⁵, que llega a nuestro país en la década del '90.

El Plan Colombia que fuera ratificado por Bush, al cabo de 10 años de ejecución alcanzó una inversión cercana a los 8 mil millones de dólares. Sin embargo, los resultados que se esperaban alcanzar, en relación a la disuasión de importación de sustancias en el mercado estadounidense, fueron calificados varias veces por los mismos norteamericanos como “decepcionantes”.

En un análisis realizado por Adam Isacson⁵⁶ (2010), se describe que es indudable que con su política de “Seguridad Democrática” el gobierno colombiano, apoyado por Estados Unidos, ha logrado mejorar la seguridad. Es cierto que en los ocho años del gobierno de Uribe se han reducido los homicidios, los secuestros y los actos de sabotaje. Que las FARC⁵⁷ y el ELN⁵⁸ son ahora más débiles y menos numerosos que en 2002. Que los grupos paramilitares que se “desmovilizaron” en 2006, ahora asesinan menos personas que hace una década. Que inversionistas extranjeros se han sentido atraídos por el cambio en el clima de seguridad. En una región donde la violencia está aumentando, el enfoque colombiano parece atractivo. Pero el costo ha sido alto. Para lograr esos resultados fue necesario triplicar el presupuesto militar, poco menos que duplicar el tamaño de las fuerzas de seguridad, y utilizar a ciudadanos del común como informantes pagados. Además, en el último período, el progreso en materia de seguridad se estancó e inclusive sus resultados se invirtieron, sin que fuera posible recuperar la dinámica que acompañó el arranque del programa bandera del gobierno. Los “daños

⁵⁵ Pablo Emilio Escobar Gaviria, líder del cartel de Medellín, Colombia. Luego de su fallecimiento en 1993 su familia se instala en Argentina.

⁵⁶ Oficial de Programas para Políticas de Seguridad Regional, Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA).

⁵⁷ FARC-EP: Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del pueblo.

⁵⁸ ELN o ELN-UC: Ejército de Liberación Nacional. Unión Camilista.

colaterales” provocados por la obsesión en torno a la seguridad no han cesado, y terminaron por representar un alto costo de vidas y recursos en Colombia. Y continúa diciendo, “en alguna forma mejoró la seguridad, pero el atropello a los derechos humanos, la “parapolítica”, los “falsos positivos” y los delitos cometidos por el DAS⁵⁹ desmienten afirmaciones según las cuales la experiencia en Colombia ha sido un ‘éxito’” (Isacson, 2010: s/p).

En lo que respecta a Argentina el incremento cada vez más importante respecto al rol que asume nuestro país en la elaboración de la última etapa de procesamiento y refinamiento de clorhidrato de cocaína, tiene múltiples causas, algunas de ellas son el desplazamiento de los lugares de origen hacia otros países como el nuestro, posiblemente producto del Plan Colombia y de otras estrategias similares desplegadas en México, Perú y la región andino-amazónica (donde tradicionalmente se procesaba la materia prima hasta obtener el producto final a ser distribuido para su consumo); el importante desarrollo en Argentina de la industria química de donde se obtienen los precursores necesarios para el tratamiento de las sustancias; los escasos controles en el ingreso, procesamiento, circulación y exportación de estupefacientes por vía aérea, terrestre y marítima; además de un contexto sociohistórico propicio de desigualdad, pobreza y polarización de la sociedad, que llevó a algunos sectores carentes de otras oportunidades laborales, a participar en las distintas tareas dentro del negocio de las drogas, ya sea transporte, venta al menudeo, vigilancia, seguridad, manejo del dinero, etc., hasta los/as que se vieron favorecidos/as y que son los/as que verdaderamente se han enriquecido producto de los ilícitos vinculados a este y otros tráfico, como los de armas, trata de personas (que en los últimos tiempos han tenido una tendencia ascendente), etc.

Todo esto no podría suceder sin la connivencia de los poderes políticos, empresariales, judiciales, policiales, militares. Como sostiene Rita Segato (2014⁶⁰) “tenemos una completa segunda realidad, donde hay dueños, donde hay propiedad, y donde necesariamente habrá ejércitos, porque donde hay dueños y propiedad como sabemos, hay leyes para su protección, la mayor parte de las leyes, de los esfuerzos legales son para proteger la propiedad. ¿Quién protege la propiedad? ¿Cómo se protege la propiedad en esa segunda realidad donde hay inmensos caudales, fortunas circulando, con sus dueños que actúan encima y abajo? El gran error es pensar que droga, narco, contrabando, trata, prostitución es una cuestión de los pobres, de los pobres no blancos; muy por el contrario, al arrojar estas enormes cifras de dinero es una cuestión de banqueros, de empresarios, de gente de ‘buenas familias, bien blancas y rubias’”.

⁵⁹ DAS: Departamento Administrativo de Seguridad de Colombia. Siguió en funciones hasta el 31 de octubre de 2011 cuando el presidente Santos de ese país lo disuelve por diversos escándalos asociados a interceptaciones ilegales. El organismo fue reemplazado por una agencia civil de inteligencia denominada Dirección Nacional de Inteligencia (DNI).

⁶⁰ Extracto de la grabación que realizamos durante la conferencia dictada por la Dra. Rita Segato “Inseguridad: Narcotráfico y fractura social”. Conferencia brindada en el Primer Encuentro – Debate 2014 organizado por Plataforma 2012, el 29 de mayo de 2014, CABA.

4.6. Economía política de la droga

*“Quien vive de combatir a un enemigo, quiere que este siga con vida”
Nietzsche, Friedrich (1878)*

Como afirma Rosana Reguillo Cruz (2002) “en lo que toca a la “cultura de la ilegalidad”, los datos son elocuentes, se calcula por ejemplo que el narcotráfico “global” mueve en un año, alrededor de 400 mil millones de dólares y por contraste, la política “global” antidrogas invierte apenas 300 millones en su combate. La lucha es desigual, pero no estriba en su capacidad financiera la mayor fuerza del narcotráfico, sino en su poder de penetrar las sociedades por arriba y por abajo, una pinza perfecta que corrompe, por arriba, a las cúpulas políticas y empresariales, y corroe, por abajo, los más elementales cimientos de la socialidad, reclutando a “sus soldados” entre aquellos a quienes las opciones se les han acabado. Si para numerosos jóvenes en la región vincularse a los circuitos del narcotráfico, resulta una alternativa a considerar, es por la conjunción de dos factores que constituyen el tejido que da forma a la expansión de la cultura de la ilegalidad en estas geografías: de un lado la pobreza y la exclusión, de otro lado, la corrupción y el relativismo ético en la que parece no existir ninguna cosa más mala que otra” (Reguillo, 2002: 66).

Esto se refuerza, al constatarse una y otra vez, la fuerte vinculación con la red corporativa de los negocios legales. Lo que Pilar Calveiro señala acertadamente, es que “tal como ocurre en circuitos represivos, la articulación entre redes legales e ilegales se verifica también en los ámbitos político y económico. Esta conexión entre lo legal y lo ilegal, y su mutua funcionalización, es una de las características de la globalización en los más diversos ámbitos” (Calveiro, 2012:165).

En la misma línea distintos autores (Labrousse, 1993, 2011; Scheper-Huges, 2001, 2005; Foucault, 1981-82; Menéndez, 2012; Calveiro, 2012), señalan que el tráfico ilegalizado, que comprende drogas, armas, personas, órganos, tiene fuertes conexiones con la red corporativa “legal” debido a la enorme rentabilidad de los negocios, precisamente por su ilegalidad. En particular, como señalamos anteriormente, el tráfico de estupefacientes es extraordinariamente importante en términos económicos.

“La proliferación del tráfico de drogas, como núcleo duro del crimen organizado, no está desvinculada de la reorganización global y, en más de un sentido ha sido perfectamente funcional para ésta. Es interesante recordar que Afganistán recupera el lugar de primer productor de opio en el mundo precisamente después de la invasión estadounidense. Tras haberse reducido el 90% del cultivo de amapola durante el régimen talibán, a partir de la invasión norteamericana en 2001 la producción aumentó hasta cubrir el 87% del opio del mundo en 2005, la mayoría del cual se convierte luego en heroína y morfina” (Calveiro, 2012: 167).

Además de la importancia del narcotráfico en ciertas economías nacionales y en la actual acumulación mundial de riquezas, otro elemento a destacar es su fuerte vinculación con el poder político. “No hay que olvidar, por ejemplo, su utilidad para el financiamiento de las operaciones encubiertas de la CIA⁶¹ –apoyo a “los contras”

⁶¹ CIA: Agencia Central de Inteligencia (por su sigla en inglés) de Estados Unidos.

nicaragüenses y a la resistencia a la ocupación soviética en Afganistán durante los años ochenta; y posteriormente, para sus programas ocultos o SAP⁶². Desde principios de los años noventa, el narcotráfico financió y equipó al ejército musulmán en Bosnia y más tarde al Ejército de Liberación de Kosovo” (Chosudowski, 2002: 30),

Coincidimos con Pilar Calveiro, en resaltar las vinculaciones existentes entre política y narcotráfico, dado que no son un secreto los aportes de la venta de drogas ilegalizadas para el financiamiento de las campañas políticas en una gran cantidad de países, anudando intereses políticos y mafiosos e imbricando –y corrompiendo- la representación dirigencial “legal” con los negocios ilegales.

Así como la supuesta guerra contra el terrorismo no ha hecho más que incrementarlo, la lucha contra el tráfico de narcóticos presenta resultados sospechosamente deplorables: nunca en la historia se habían consumido tantas drogas como en la actualidad y la rentabilidad de este negocio en nuestros días es por mucho la mayor en la historia (Calveiro, 2012).

En consecuencia, se puede decir que existen fuertes paralelos entre las llamadas guerra antiterrorista y guerra contra el crimen. Ambas con una construcción del poder global, ambas son funcionales a las actuales formas de organización, acumulación y concentración del capital. En ambos casos se construye desde una perspectiva bélica un problema de orden social y político, lo que permite desplegar una gran cantidad de violencia tanto en el ámbito nacional como internacional. Estas “guerras” tienen el objeto de justificar la violencia estatal necesaria para intervenir en cualquier lugar del planeta y de la sociedad, haciéndolas funcionales al sistema global. En realidad los núcleos duros de la delincuencia (el narcotráfico) y el terrorismo (las redes internacionales) son “enemigos cuya existencia es imprescindible mantener” para garantizar la represión de todo lo que se agrega falsamente en torno a ellos. Son la “amenaza” que justifica el mantenimiento del poderío bélico y represivo, lo cual reafirma la aseveración de Nietzsche: “Quien vive de combatir a un enemigo, quiere que éste siga con vida” (Calveiro, 2012).

Ahora bien, en las últimas décadas se observa una mutación en las estrategias que se despliegan dentro del mundo del tráfico de drogas. Se pasa de una modalidad del tipo del “capo de la mafia”, que acumula el poder en torno a un único líder, poderoso, carismático, inescrupuloso, como el caso de Pablo Escobar⁶³, uno de los fundadores del Cartel de Medellín, hacia un modelo reticular, mediante una distribución del liderazgo y tercerización de las actividades vinculadas al narcotráfico.

Las representaciones que se construían sobre los grandes traficantes de droga como Pablo Escobar en Colombia, Escarinha en Brasil, Amado Carrillo, conocido como el ‘señor de los Cielos’ en México, eran la de ‘héroe social’, “situados en los márgenes de la sociedad, capaces de hacer la guerra contra el poder instituido y al mismo tiempo, de invertir su prestigio social y su riqueza en la mejoría de las condiciones de vida de los más débiles. El narcotraficante, es visto como alguien que, simplemente, aprovecha la

⁶² SAP: Acceso especial del Pentágono (por su sigla en inglés).

⁶³ La vida de Pablo Escobar se difundió en la serie colombiana “Escobar: El patrón del mal” transmitida en la televisión argentina a comienzos de 2014.

corrupción existente y es capaz de generar “alternativas” en un contexto de futuros inciertos” (Reguillo, 2002: 15).

Pero varias analistas (Svampa, 2014; Segato, 2014; Reguillo Cruz, 2014) advierten el cambio en la última década. Al respecto Rosana Reguillo Cruz (2014) sostiene que el modelo de negocio de los grandes grupos del tráfico de drogas actualmente mutó en su estructura, en sus formas organizativas, en su creciente poder de corromper las instituciones. “Que el Chapo Guzmán, presentado como la cabeza, el centro neurálgico, el artífice, el estratega del llamado Cártel de Sinaloa o del Pacífico, sea el centro del crimen organizado y su liderazgo único, en la actualidad es algo difícil sostener. La narco máquina aprende y en su devenir neoliberal ha sabido incorporar, reinterpretar, utilizar dos claves importantes: los liderazgos distribuidos y, especialmente, la tercerización de sus actividades (se contratan sicarios ad hoc, se delega a otro grupo el manejo del dinero, se encarga el contacto internacional y así, se va tercerizando)”⁶⁴ (Reguillo, 2014: 5).

Lo relevante aquí, es que para los/as jóvenes en situación de exclusión, el microtráfico es una opción para volverse, aunque sea momentáneamente, viables (Reguillo, 2002).

4.7. La crisis en Argentina

Producto de la última crisis económica (2001-2002) que atravesó nuestro país, la caída fue tan severa que en las mediciones de 2003 la pobreza alcanzaba al 54 % de la población. Las políticas económicas de corte neoliberal de los 90 causales del deterioro de las condiciones de vida, la fragmentación de los lazos sociales, el debilitamiento de los mecanismos de reciprocidad locales, las altas tasas de desempleo, el desguace del sistema de salud y las privatizaciones de servicios estatales con la consecuente extracción de recursos naturales renovables y no renovables de nuestro suelo, para el enriquecimiento de empresas extranjeras y la posterior venta de los servicios al Estado Nacional, en muchos casos siguen vigentes. Si bien se ha avanzado desde la situación acuciante que vivió el país entre 2001 y 2003, muchos aspectos continúan y otros han mejorado, sin embargo, pese a la recuperación, muchas situaciones aún no han logrado desmontarse. En este sentido sostenemos que, el Estado es permanentemente colonial, colonizador, expropiador. Tal como lo plantea Rita Segato (2007; 2014) nuestros Estados son en realidad herederos de esas administraciones, las elites criollas, las elites blanqueadas de nuestros países, son los hijos herederos del Estado de ultramar, Estados Gerentes que responden a otras órdenes y continúan su tarea de apropiación del territorio, de apropiación de los recursos mediante la legalidad que ofrecen los instrumentos del Estado, las llaves del Estado para la apropiación de las riquezas territoriales de una nación y el control de sus habitantes.

La existencia de un Estado transgresor (Isla y Míguez, 2004), acompañado de políticas de ajuste propias del neoliberalismo, extractivista (Svampa y Viale, 2014), tuvo y tiene

⁶⁴ Por ejemplo recordemos la masacre de los estudiantes de magisterio de Ayotzinapa, México, en septiembre de 2014, donde 6 estudiantes fueron asesinados y 43 desaparecidos. Este hecho puso nuevamente sobre el tapete la vinculación entre la narco máquina y el poder político. Ver: Reguillo, Cruz, Rossana <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/ayotzinapa-el-nombre-del-horror/>

consecuencias que para muchos/as han sido devastadoras, ya que ha afectado la vida cotidiana a nivel local de los sectores más desprotegidos de la población, producto de la desigualdad. Considerando que cada ciclo económico⁶⁵ tiene períodos de tendencias ascendentes y descendentes, donde las crisis ocuparían los puntos de inversión de la tendencia ascendente y que, debido al carácter dependiente de Argentina, a nuestra condición de país exportador de materias primas, con una abultada deuda externa, se trata de una nación muy vulnerable en los momentos depresivos del ciclo económico mundial. Esta situación de desventaja aumenta exponencialmente entre los sectores más desprotegidos dado que las mejoras que pueden llegar a darse entre uno y otro ciclo no alcanzan, en estas poblaciones, el nivel de mejoría previo a la crisis y por lo tanto se va acumulando el deterioro. Ejemplo de ello es, cómo impactó la crisis de 2001-2002, siendo que aún no se habían repuesto de la anterior crisis que el país había atravesado a finales de los '80, donde además se dio lugar a la aparición de los “nuevos pobres”⁶⁶. Al respecto, hace más de veinte años Bustelo (1992) planteaba que, de la crisis del Estado de Bienestar y sus intentos de reforma, se pasó a la producción del Estado de Malestar. Según este autor, aunque el paradigma del Estado de Malestar no puede ser aplicado uniformemente a todos los países de América Latina debe admitirse que, en los procesos de ajuste, su difusión ha sido bastante generalizada.

El concepto Estado de Malestar tiene dos dimensiones básicas estrechamente relacionadas: una psicosocial y otra institucional.

La primera dimensión se genera en la conformación de una sociedad dual donde los estratos medios tienden a desvanecerse y se congelan las perspectivas de movilidad social ascendente, resintiendo el tejido social y las redes comunitarias de solidaridad. Con una percepción colectiva que se traduce en dos aspectos: en primer lugar un estado de desesperanza y en segundo lugar un estado de descreimiento⁶⁷ (Bustelo 1992; Kessler, 2003; Svanpa, 2005).

Concomitantemente se produce la dimensión institucional del Estado de Malestar, que consiste principalmente en el desguace del incipiente Estado de Bienestar que alguna vez se pensó consolidar en América Latina (Bustelo, 1992; Svampa, 2005).

Al describir la política pública en materia de drogas, en el capítulo 6, trataremos de dar cuenta de cómo también en este sector, la dimensión institucional del Estado de Malestar se manifiesta, en relación a la caída y desbarate de los Centros Preventivos de Atención de Adicciones (CPA).

Entre 1980 y 1990 la pobreza aumentó en Argentina un 67 %, pero el rasgo novedoso de este impresionante crecimiento es que, mientras en ese lapso el grupo de los pobres estructurales se mantuvo estable, el de los nuevos pobres (Minujin, 1992; Minujin y Kessler, 1995) crece un 338 % (datos para el Gran Buenos Aires) (Kessler, 1996). En

⁶⁵ Con el término Ciclos económicos nos referimos a la recurrencia de tiempos buenos y malos en la economía de un país. Cada Ciclo económico comprende cuatro fases: prosperidad, declinación, crisis y recuperación. Ver: Niveau, Maurice (1968); Shule, (1941).

⁶⁶ Para un análisis detallado ver Minujin y Kessler, 1995.

⁶⁷ Para mayor detalle ver Bustelo, E. S. La producción del Estado de Malestar. Ajuste y política social en América Latina. En: Minujin (comp), (1992). Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad Argentina. Bs. As., UNICEF/Losada.,

consecuencia, el empobrecimiento afecta intensamente la vida cotidiana, trastornando el universo de sentido de los/as individuos (Kessler, 2003: 27).

De acuerdo con Nun (2000), comienza a quedar en evidencia la singular paradoja latinoamericana de nuestros días, donde al contrario de lo que ocurrió en las viejas y nuevas democracias del Primer Mundo que se consolidaron en el contexto de una marcada baja de la desigualdad, de la pobreza y de la polarización, en América Latina ocurre todo lo opuesto, a saber, los procesos de democratización en curso están acompañados por el crecimiento crítico de estos tres fenómenos: desigualdad, pobreza y polarización (Nun, J.; 2000: 4).

Como se comentó anteriormente, varios científicos sociales (Minujin, 1992; Minujin y Kessler, 1995; Kessler, 1996; Kessler, 2003) advirtieron, que en los países de la región, hacia fines de la década del 80 y principios de los 90, comenzaron a aparecer los llamados “nuevos pobres”, donde como producto de la crisis, grandes sectores que pertenecían a la clase media se vieron arrastrados hacia la pobreza, con la pérdida tanto de “capital económico” como de “capital cultural”.

Si bien podemos decir que Argentina es un país relativamente rico, y que posee una extensa red de programas sociales, desde mediados de la década del 70, viene sufriendo profundas transformaciones distributivas. Tal es así que durante los últimos cuarenta años, se viene dando lugar a una gran reestructuración económica.

En las últimos 4 décadas, la situación socioeconómica de América Latina y el mundo tuvo características particulares en nuestro país, especialmente se desplegó un proceso que desencadenó la crisis de fines de los 80 y posteriormente la crisis de 2001-2002, esta última fue el momento en que, como señalamos anteriormente, se instala en Argentina el consumo de pasta base de cocaína, comúnmente llamado “Paco” o “Base”.

En el transcurso de la década del 80, la crisis de la deuda externa, sumada a un déficit fiscal alto, desencadenó una espiral inflacionaria que tuvo su punto máximo en 1989, llegando a un aumento del 3000 %. Esta situación produjo un crecimiento negativo, donde el desempleo y la pobreza aumentaron ininterrumpidamente. Para ese entonces, en Buenos Aires las tasas de pobreza subieron rápidamente, pasando de un mínimo de 8 % en 1980 hasta llegar al 41 % en 1989. Ver ilustraciones número 7 y 8.

Durante la década de 1990, en los primeros años del gobierno de Menem se produjo un período de estabilización (entre 1990-1993), sin embargo las tasas de pobreza no descendieron a sus mínimos anteriores. Es en este período cuando se conjuga la pobreza que venimos describiendo, con la polarización a la que hace referencia Nun, ya que los ingresos del 20 % más pobre disminuyeron, mientras que en sentido inverso los ingresos del 10 % más rico aumentaron.

En el gobierno de Menem se privatizaron empresas estatales del petróleo, transporte y telecomunicaciones. Se instaló la descentralización de las funciones del Estado en los ámbitos de salud y educación. Y si bien uno tendería a pensar que, en momentos de crisis económica, los programas sociales deberían aumentar, no sucedió de ese modo, ya que los programas destinados a los sectores más pobres y vulnerables disminuyeron, sólo se mantuvieron los programas focalizados como los de transferencia de ingresos.

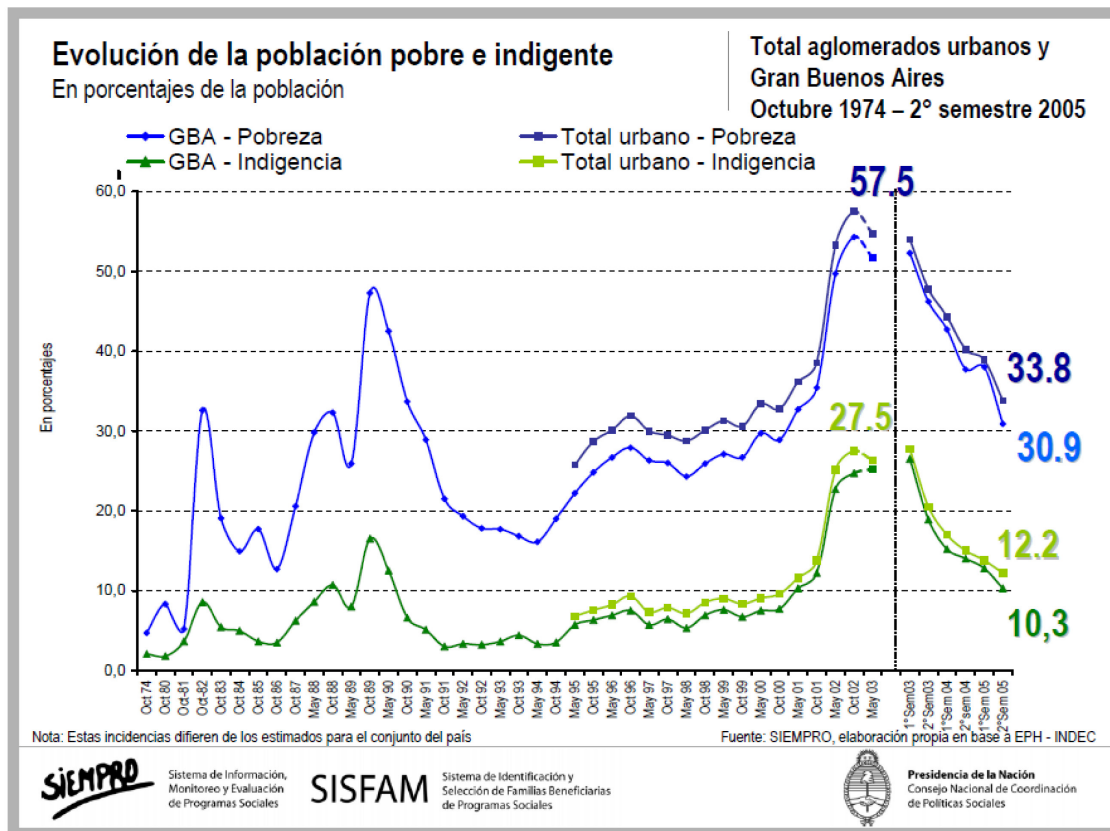


Ilustración 7. Evolución de la población pobre e indigente 1974-2005. Fuente: SIEMPRO, en base a EPH-INDEC

Según describe Nun teniendo en cuenta investigaciones del Banco Mundial, “a fines de la década del noventa más de un tercio de la población argentina se encontraba por debajo de la línea de la pobreza y el 8,6% era indigente. Traducidas a cantidades de personas, las cifras son las más impresionantes de la historia contemporánea del país: 13,4 millones de pobres y 3,2 millones de indigentes” (Nun, 2000: s/pag.). Estos datos brindan evidencia de un fenómeno que merece reflexión y es el rápido empobrecimiento de la clase media argentina, que fue en otras épocas la más extendida y próspera de la región. Las informaciones oficiales disponibles lo corroboran: a principios de la década del ochenta, estos llamados "nuevos pobres" representaban el 3,2% de la población de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires; quince años después, en mayo de 1996, tales guarismos habían saltado al 26,7%.

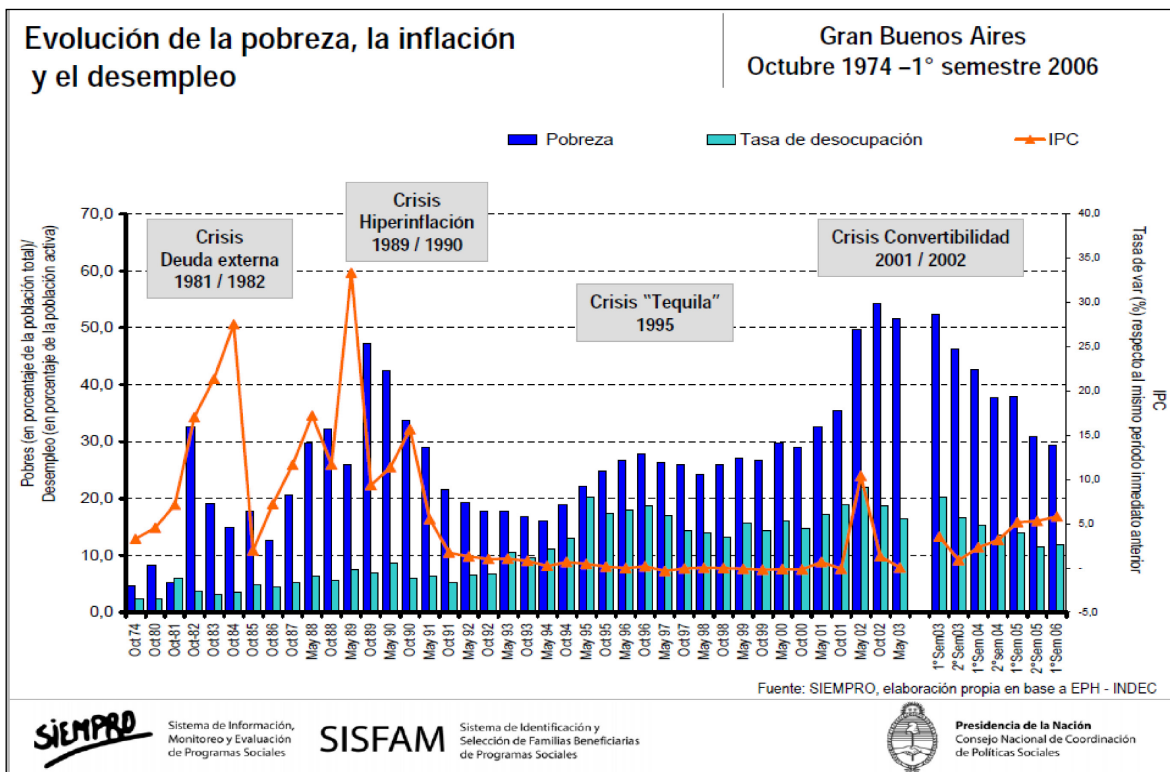


Ilustración 8. Evolución de la pobreza, inflación y desempleo en Gran Buenos Aires. 1974-2006.
Fuente: SIEMPRO, en base a EPH-INDEC.

Como podía esperarse en vista de este panorama, no únicamente aumentaron la desigualdad y la pobreza en la Argentina sino que se hizo mucho más intensa la polarización social. Si se comparan los quintiles superior e inferior de la escala de ingresos entre 1976 y 1996, por ejemplo, se comprueba que en esas dos décadas el índice de polarización simplemente se duplicó, pasando del 6,3 al 12,1” (Nun, J.; 2000: 8).

Durante la última crisis económica de nuestro país en 2001, el índice de desocupación llegó al 18,3 %. La gran turbulencia política y social de fines de ese año provocó la caída del gobierno dando lugar a una sucesión de presidentes provisionales designados por la Asamblea Legislativa.

Según un estudio de SIEMPRO (2002) en octubre de 2001 la proporción de pobres era de 38,3 %. Predominando una fuerte caída de la actividad económica, alta desocupación, aumento del empleo precario y gran incremento de la inflación.

En 2002 había 20 millones de pobres (el 53 % de la población), de los cuales 9,6 millones eran indigentes.

Considerando a los/as niños/as y adolescentes, 9 millones estaban viviendo en situación de pobreza y vulnerabilidad social. Es decir, que 7 de cada 10 niños nacían en hogares pobres y 4 vivían en indigencia. Según el mismo estudio, el 80 % de los menores de 18 años transitaban alguna vez en la pobreza. Asimismo, 74 % de los hogares pobres tenían menores de hasta 18 años a cargo. En consecuencia, más de la mitad de la población pobre estaba integrada por niños/as y adolescentes. Ver ilustración número 9.

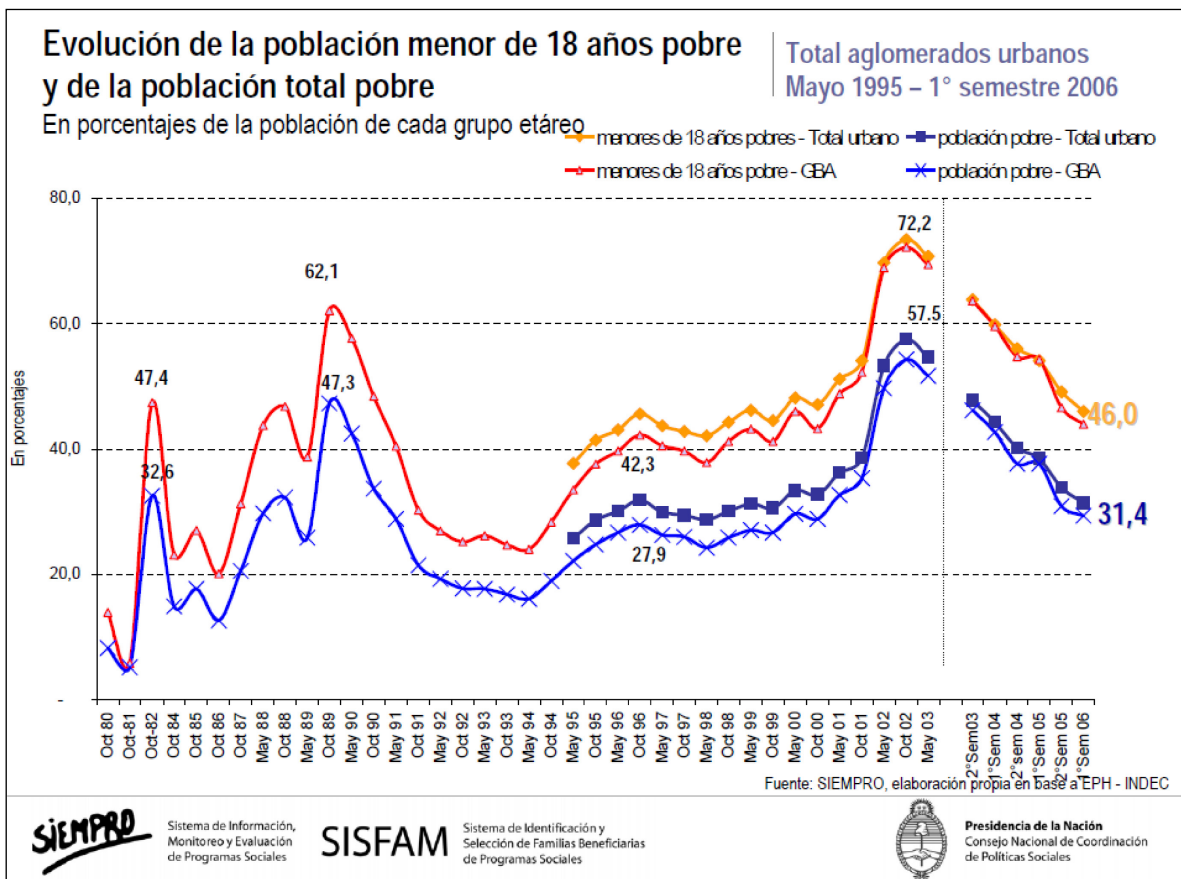


Ilustración 9: evolución de la población menor de 18 años pobre y de población total pobre. 1980-2006. Fuente: SIEMPRO, en base a EPH-INDEC.

En este contexto, el consumo del Paco se extendió rápidamente entre los sectores sociales más pobres, dado que el precio de cada dosis, según nuestra investigación en 2006 era de tan sólo \$1, una moneda. Esto dio lugar a que el paco fuera conocido como la “droga de los pobres”, aunque en la práctica, como nos explicaban los/as usuarios/as de esta sustancia gastaban mucho dinero, debido a la breve duración del efecto de la droga que requería consumir más dosis en menor tiempo.

Ahora bien, para el análisis del último período que abarca la presente tesis, existen controversias sobre la posibilidad de contar con datos para caracterizar los indicadores de desigualdad. “Una de las razones, insoslayables, es la pérdida de confiabilidad de los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) luego de su intervención en 2007. Esto ha desarticulado los parámetros comunes de referencia sobre la inflación y la pobreza a tal grado que en 2013 la diferencia entre la tasa de pobreza oficial y la acuñada por un respetable centro de investigación era de veinte puntos. Mientras tal anomalía no termine de resolverse, será imposible llegar a consensos sobre determinados temas” (Kessler, 2014: 21). En su último libro *Controversias sobre la desigualdad* Kessler (2014), plantea la existencia de una desigualdad multifacética, con tendencias contrapuestas en el período; si bien mucho ha cambiado respecto de los años noventa y principios de este siglo, también muchos problemas se mantienen y otros nuevos han surgido.

Estas cuestiones se palpan al recorrer los barrios pobres de la provincia de Buenos Aires. Una interesante descripción nos la acerca Cesar González o Camilo Blajaquis, como prefirió rebautizarse a sí mismo; un pibe que pasó por cuatro institutos de menores y estuvo cinco años preso y que gracias a la mirada atenta y solidaria de un tallerista del “instituto”, conoció el gusto por escribir, la admiración por el “Che” y las ganas de ayudar a otros, cambiando su vida de “pibe chorro” por una segunda oportunidad que nadie antes le había dado. Este joven que nació en los 90, describe en su primer libro *“La venganza del cordero atado”*, la cruda realidad de los barrios que se fueron configurando durante estos años de crisis y postcrisis.

Las villas de Rosario, del Conurbano Bonaerense, o de la Región del Gran La Plata donde hice trabajo de campo, se ven representadas en sus relatos: “Familias numerosas o mejor dicho, madres solteras con muchos hijos. Los cascotes inventan caminos así el barro no te muerde los tobillos. Pilonos de basura por acá y por allá, esqueletos de autos robados, ya desmantelados, saqueados y prendidos fuego. El sonido de un disparo en una esquina y diez disparos de respuesta en la otra, la policía y sus putas cacerías. La iniciación sexual bien temprana, los guachos, las pibas. El comedor que se redujo a tan sólo una merienda por día. Los que se van a trabajar con sus bolsitos y sus bicis y sus ojos tristes y cansados” (Blajaquis, 2011: 47).

En otro artículo plantea Blajaquis “¿Por qué tuve que nacer en una villa?, ¿por qué tuve que ser pobre?, ¿por qué tuve que saber a los 7 años que existe la cocaína, el porro y que vivo en un barrio donde eso es frecuente? (...), ¿Qué hubiese pasado si nacía en otro contexto?, realmente no sé, en la cárcel no hubiese terminado con 16 años, baleado, adicto a las drogas como era” (Frieria, Página/12, 18-10-2010).

Las historias como las de Camilo, se repiten una y otra vez. En 2001-2002 el 72 % de los niños, menores de 18 años, del Gran Buenos Aires eran pobres, de los cuales el 57% estaban por debajo de la línea de indigencia. Los datos oficiales nos muestran que en el primer semestre del 2006 el 42 % seguía siendo pobre y el 31% indigente (SIEMPRO, 2006). Si bien es importante la reducción de la extensión de la pobreza, y nuevos programas de transferencia de ingresos como por ejemplo la Asignación Universal por Hijo, el plan PROGRESAR han disminuido las situaciones de desigualdad económica, consideramos que éstos no han podido llegar a desarmar toda una serie de violencias naturalizadas, por acción u omisión del Estado, donde grandes sectores de población quedan librados a su suerte en la lucha por la supervivencia diaria, agudizándose las situaciones de conflicto y violencia intrafamiliar. Niñas y niños, adolescentes y jóvenes que viven en condiciones infrahumanas, cristalizan en su retina las violencias cotidianas que se viven en el barrio, en la calle, la “guetificación” o territorialización de la pobreza, la muerte temprana, la gendarmería entrando “de cacería” a las dos de la tarde parando mujeres con chicos/as en brazos, estos/as niños/as observan cómo la policía “verduguea” a sus padres, cómo los/as pibes/as se “rastrean la sogá”⁶⁸, cómo los/as pibes/as más grandes ganan prestigio en la villa redistribuyendo las ganancias obtenidas mediante mecanismos ilegales.

⁶⁸ “Rastrear la sogá”: es una expresión nativa que hace referencia al acto de robar la ropa colgada en la sogá, para luego ser vendida y/o intercambiada por drogas.

Este tipo de naturalizaciones son las que desde hace más de diez años, Loïc Wacquant (2004; 2009; 2010) viene denunciando como la otra cara de las políticas neoliberales: la implementación de una transformación de la justicia penal, promoviendo una intolerancia radical y selectiva contra los/as pobres del nuevo orden económico. Tal es así, que en nuestro país cerca del 80 % de la población carcelaria proviene de hogares pobres; entonces, el castigo, es evidente, que se concentra, se dirige, hacia los sectores “abyectos” de la sociedad.

Para finalizar este capítulo, consideramos oportunas las palabras de una de las figuras destacadas de la corriente de la medicina social latinoamericana, la Dra. Asa Cristina Laurell⁶⁹, quien de algún modo sintetiza la situación que describimos hasta aquí, pero además traza un camino, una propuesta para tramitar, enfrentar la violencia de la desigualdad, la extracción, la expropiación del bienestar, la negación para grandes sectores de la población de los derechos económicos, sociales y culturales y consecuentemente, debido a la estigmatización, territorialización y “guetificación” de la pobreza, en la práctica también se les priva de los derechos políticos y civiles.

“La realidad que enfrentamos hoy en América Latina es compleja, lacerante y confusa. Esta realidad, como se presenta cotidianamente a la gran mayoría de la gente, entraña una crisis social profunda, donde reina la incertidumbre y la desesperanza. Los y las jóvenes, a punto de convertirse en ciudadanos/as, nacieron y crecieron en esta crisis y a sus padres los envolvió al momento de iniciar su vida productiva. No hablamos más de una década perdida sino de dos o tres generaciones de hijos e hijas de la crisis. Tenemos un tejido social desgarrado; unas reformas destructoras del empleo, del salario y de las instituciones públicas de protección social; y una exclusión social creciente. A cambio de este bárbaro "sacrificio" en pos de un futuro mejor se nos prometió resolver la crisis económica. Es una promesa incumplida, cuyo testimonio es una economía inestable y en extremo vulnerable a los vaivenes del mercado global. Domina, además, una ideología individualista que niega la posibilidad de construir una sociedad solidaria y libre de la pobreza y de avanzar colectivamente hacia la realización del interés común. Este avasallamiento ideológico ha llevado a la confusión sobre los propósitos comunes y sobre el rumbo a seguir.

Pero el despojo no es total. Tenemos como instrumentos el pensamiento crítico para construir proyectos y realizarlos; los valores y una ética humanistas; el legado de izquierda de igualdad, solidaridad y libertad así como la confianza en la fuerza de la acción conjunta. Requerimos movilizar estos recursos y ponerlos en movimiento; requerimos conocer la realidad, lo que significa dilucidar conceptos, ordenar conocimientos, asimilar experiencias y evidencias empíricas; definir valores y tenerles lealtad; formular nuevas propuestas y construir fuerza social. Es una agenda

⁶⁹ Asa Cristina Laurell, es investigadora, médica de origen sueco, naturalizada mexicana en 1971. Es reconocida como una de las figuras más representativas de la corriente de la medicina social latinoamericana. Fue secretaria de Salud del Distrito Federal (2000-2006) y académica de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México.

ambiciosa y su realización es tarea colectiva de todas y todos” (Laurell, 2000: 21).

Como explicamos al inicio del capítulo, esta descripción no pretendió ser exhaustiva, sino caracterizar el contexto, intentó mostrar la trama compleja a la que se enfrentan las políticas públicas que se ocupan de abordar los consumos de sustancias. Los laberintos, caminos trancos, sin salida, por los que tienen que transitar las usuarias y los usuarios de drogas. La corrupción, los intereses políticos y económicos que subyacen, estas estructuras que constituyen el fenómeno.

Aunque la presente tesis se ocupa de observar las distintas aristas de la intervención estatal sobre el abordaje en materia de drogas, tanto en el nivel preventivo como terapéutico, evaluándola en términos de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género, como señalamos en el capítulo anterior, nos inscribimos dentro de la perspectiva crítica de la antropología médica (Singer, 1990), que sostiene que la interpretación de un determinado fenómeno a nivel microsocial debe ser inteligible a la luz del análisis del macronivel que lo engloba, es decir que, para poder comprender el nivel micro, se amplía la mirada hacia los procesos y estructuras nacionales e internacionales, macrosociales y cómo éstos últimos se relacionan dialécticamente con los primeros.

CAPÍTULO 5. MODELOS, DISCURSOS Y POLÍTICAS DE INTERVENCIÓN

5.1. Modelos de análisis del consumo de drogas

Las diferentes concepciones existentes sobre el uso de drogas, ha dado lugar a la definición de diversos modelos de intervención en el abordaje del consumo de sustancias, implementándose a partir de ellos distintas estrategias de abordaje ya sean preventivas, legislativas, de tratamiento según el enfoque predominante.

Estos modelos, en tanto discursos hegemónicos, involucran un complejo de definiciones e interpretaciones que aluden a las drogas, delimitando los problemas relacionados y definiendo el campo de actuación de las políticas gubernamentales.

En un clásico trabajo, denominado “La verdad sobre las drogas. La droga y la educación”, Helen Nowlis (1975) elaboró una clasificación general sobre los modos en que se ha interpretado en diversos momentos históricos el consumo de sustancias, considerando la interacción entre los elementos de la tríada: individuo que usa, sustancia utilizada y contexto social y cultural de tal uso.

La autora, distingue en dicho documento los enfoques ético-jurídico; médico-sanitario; psicosocial y sociocultural.

Además de la síntesis de Nowlis otras dos aproximaciones fueron definidas. Por un lado, en Argentina el Enfoque Ético-Social elaborado por la Asociación Civil F.A.T.⁷⁰ en 1975 y por otro, el Modelo Geopolítico Estructural presentado por Bayardo Ramírez Monagás (1986) en Venezuela.

En este capítulo haremos referencia a cada uno de ellos, identificando elementos que permitan reconocer las diferencias y similitudes existentes entre los mismos. Cabe destacar, que pese a que han tenido un desarrollo histórico diferente y aquí son presentados en orden de aparición cronológica, muchos de los modelos han sido contemporáneos y aún tienen vigencia.

En los siguientes capítulos, tomaremos dichos enfoques como marco de referencia para analizar los modos en que se manifiestan, conviven, operan en los dispositivos de intervención estatal, objeto de nuestro estudio.

5.1.1. Modelo ético-jurídico o moral-jurídico

“El consumo de sustancias identificado como delito y vicio y al/la usuario/a como vicioso/a y victimizador/a”

Este enfoque se basa en el Derecho, desplegando sus intervenciones desde una lógica punitiva. Se le otorga un papel protagónico a la sustancia, reconociendo dos grupos de

⁷⁰ F.A.T.: Fondo de Ayuda Toxicológica. Asociación Civil sin fines de lucro. Fundada en el año 1966, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por el Profesor Emérito Dr. Alberto Ítalo Calabrese, para trabajar en el campo relacionado con las Farmacodependencia, Alcoholismo y Drogadicción. Fue la primera entidad del país dedicada a esta temática, anterior a cualquier otra iniciativa pública o privada.

drogas, las lícitas y las ilícitas. Estas últimas son consideradas como las causantes de la “problemática de las drogas”.

Se tipifica al consumo de sustancias como delito y en consecuencia se considera a los/as usuarios/as como responsables de la transgresión a las normas jurídicas, percibiendo el abuso de sustancias ilegalizadas como una conducta delictiva. Bajo este paradigma todo/a usuario/a es visto/a como delincuente, en consecuencia sostiene que se deben adoptar medidas punitivas y de control para “proteger a la sociedad de este flagelo”.

Desde esta óptica, se criminaliza y estigmatiza moral y éticamente a los/as usuarios/as de sustancias.

Los estereotipos que imperan en este modelo son, en primer lugar, el de usuario/a **delincuente**, entendiendo al/la sujeto/a como ser responsable de su adicción, quien transgrede la ley al consumir una sustancia prohibida. En segundo lugar el/la usuario/a de drogas es representado/a como un/a **sujeto/a amenazante**, asociado/a al hampa, liga esta visión con una concepción de peligrosidad para el bien común y para la salud pública, además como causante y efecto de la violencia.

En tercer lugar, es considerado/a **víctima** ya que se le otorga un carácter corruptor a la sustancia, con capacidad de atraer, y por lo tanto ésta atraparía a la persona que se acerca al “mundo del consumo”.

Por último, es frecuente la referencia del/la usuario/a como **vicioso/a** partiendo del supuesto de que la persona podría “haber elegido” entre consumir y no consumir y esta posibilidad de elección lo transforma en vicioso/a.

La ilustración número 10⁷¹, que bajo la leyenda “quien compra drogas financia la violencia”, muestra a una mujer con su mano ensangrentada, la misma, sintetiza de algún modo la representación social que desde este modelo se sostiene, ligando el consumo de sustancias al crimen, la violencia, el delito.

Por otro lado, a partir de este enfoque se sostiene que la posibilidad de cambio partirá básicamente, de modificaciones en el campo jurídico, en las leyes, sin tener en cuenta otra circunstancia.

Dentro de la tríada (individuo, sustancia y contexto) que se analiza, el contexto es caracterizado desde lo normativo, es decir, lo que en un momento determinado es identificado por la sociedad, o generalmente por un sector hegemónico de ella, como normal, bueno, deseable. En consecuencia aquella persona que se aparta de la norma, que transgrede las leyes, en este caso las leyes de drogas, es vista como anormal, malo/a, desviado/a, indeseable, inmoral. La respuesta que se da frente a una conducta



Ilustración 10

⁷¹ Fuente: Escritório das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, junto a Associação aparceria contra a droga, s/f.

desviada es la de censura, aislamiento, rechazo, castigo o de reencauzamiento mediante la cárcel, o la realización de un tratamiento en forma compulsiva.

Al mismo tiempo, se trata de controlar el agente causal del problema: la droga. Para ello, la legislación penal constituye el principal instrumento tendiente a impedir la producción, distribución, comercialización y consumo de sustancias ilícitas, siendo las fuerzas de seguridad las encargadas de la vigilancia.

Según Nowlis (1975), desde este modelo, se considera que las principales formas de disuasión son el control de las drogas disponibles, el aumento de su costo, el castigo o la amenaza de castigo y la divulgación de los grandes daños físicos, psicológicos y sociales. Se destacan, muy especialmente, los efectos nocivos de las sustancias para disuadir a quienes podrían usarlas y se preparan programas educativos basados en dichos supuestos, que consisten a menudo en la difusión de información sobre los peligros de ciertas drogas, sobre su reglamentación jurídica y sobre las penas en que se incurre por su venta, uso y posesión.

La respuesta preventiva ejercida desde este modelo, persigue la evitación del consumo de sustancias definidas como ilícitas, para ello el mensaje se centra en brindar información sobre las sanciones jurídicas y/o morales que le cabe al uso de drogas. Al mismo tiempo considera que la información constituye la variable que permitirá incidir en la modificación de actitudes y en el cambio de comportamientos.

En este sentido, el discurso preventivo se centra en que “el uso de drogas es ilegal y moralmente malo. La pérdida de la libertad (en sentido estricto por encarcelamiento o en sentido amplio, por la “esclavitud” a la que reduce la droga) aparece como una consecuencia ineludible del consumo” (Touzé, 2010: 46).

Este tipo de estrategia puede reconocerse en las campañas preventivas de la década de los 80 con el slogan: “¿Sabe usted dónde está su hijo?”, en la cual además, se difundían los efectos que el consumo de sustancias le produce al/la usuario/a, a fin de que la familia pudiera identificar si su hijo/a usa drogas. Muchas de las campañas diseñadas desde la Policía Federal Argentina durante la década del ‘90, siguieron este modelo. Como veremos en el siguiente capítulo, el modelo de Escuelas para Padres de la Secretaría de Atención a las Adicciones entre 1993-2000 siguió también estos principios.

5.1.2. Enfoque médico-sanitario

“El consumo de sustancias como enfermedad”

El modelos que describimos a continuación, se constituye como alternativa al enfoque ético-jurídico, consolidando su comprensión de la problemática de las drogas desde la salud pública. Por ello se suplanta la connotación asignada al/la usuario/a como vicioso/a y/o delincuente, para introducir la noción de enfermedad.

Es decir, que se pasa de un paradigma punitivo a otro basado en el control social de la desviación entendida como enfermedad desde un paradigma medicalizador. En este modelo, la biomedicina será la encargada de dar respuesta a la problemática del consumo de sustancias.

Inscrito en el modelo ecológico (Susser, 1972) de los procesos de salud-enfermedad, los elementos de la tríada (sustancia, persona y contexto) son analizados como si fueran parte de una enfermedad infectocontagiosa, es decir, concebidos como agente-huésped-ambiente, respectivamente.

Al igual que en el modelo anterior, la sustancia es vista como el agente activo, pero sin embargo aquí se considera que, el tóxico al introducirse en la persona (huésped) la infecta y enferma, debido a que el contexto actúa sobre ésta última tornándola vulnerable.

Si bien las diferencias entre el modelo ético-jurídico y el médico-sanitario parecen sutiles, en éste último, las sustancias (agente activo) son consideradas como causantes de dependencia, adicción, más que como “peligrosas para la sociedad”. Es decir, que la identificación de este/a agente no se inscribirá en criterios normativos, en términos de legal o ilegal, sino de acuerdo al grado de toxicidad de la sustancia o de su potencial adictivo; por ello incluye al café, tabaco, alcohol y otros productos farmacéuticos.

Asimismo, los/as consumidores/as concebidos/as como “pacientes”, ya no serán castigados/as punitivamente, sino que serán insertos/as en una lógica terapéutica, en la que el/la usuario/a deberá aceptar/asumir el “rol de enfermo/a”⁷².

“Talcott Parsons en sus escritos clásicos, sostenía que tanto la criminalidad como la enfermedad son formas diferentes de definir el comportamiento anormal. Es decir, que la anormalidad que aparece como *intencionada* es definida como delito, mientras que cuando aparece como *no intencionada* tiende a ser concebida como enfermedad” (Conrad, 1982: 136).

“Según Conrad (1982:134), las enfermedades son juicios que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural. Son esencialmente construcciones sociales, construcciones hipotéticas creadas por nosotros mismos. Para la enfermedad física el consenso es tan extenso, y hasta tal punto se da por sentado, que nos sentimos inclinados a imputar una realidad independiente de nuestro acuerdo”.

Además, como son juicios sociales, las enfermedades son connotadas negativamente. Una entidad a la que se etiqueta como enfermedad es obviamente considerada indeseable (Conrad, 1982: 135).

Como vemos, “históricamente ha habido grandes transformaciones en la definición de la anormalidad: de religiosa a moral, de moral a estatal, y de estatal a médico-científica. Emile Durkheim comentó que las sanciones a la anormalidad cambian de represivas a restitutivas o, expresado de otra manera, del castigo se pasa al tratamiento o a la

⁷² “Parsons, considera que existe para los enfermos un “rol de enfermo” culturalmente disponible que sirve para legitimar condicionalmente la anormalidad de la enfermedad y encausar al enfermo hacia la relación reintegradora doctor-paciente, minimizando por ende, su carácter perjudicial para el grupo o la sociedad. El rol de enfermo tiene cuatro componentes, dos extensiones de las responsabilidades normales y dos nuevas obligaciones. Primeramente, a la persona enferma se la exime de responsabilidades normales, al menos en la medida necesaria para que se “ponga bien”. En segundo lugar, al individuo no se le juzga responsable de su condición y no puede esperarse que se recobre por la fuerza de voluntad. En tercer lugar, la persona debe reconocer que estar enferma es un estado inherentemente indeseable y debe desear el restablecimiento. En cuarto lugar, la persona enferma está obligada a buscar y cooperar con un agente competente que la someta a tratamiento —generalmente médico—. En el rol de enfermo, está implícita la idea de que la medicina es una institución de control social. Como legitimador del rol de enfermo y como curador que vuelve a colocar los enfermos en sus roles sociales convencionales, el médico funciona como agente de control social” (Conrad, 1982: 137).

rehabilitación. Junto con el cambio de las sanciones y del agente de control social, se produce un cambio correspondiente en la definición o conceptualización del comportamiento anormal. Por ejemplo, la afición “anormal” a la bebida (lo que llamamos “alcoholismo”) ha sido definida como pecado, debilidad moral, crimen y, recientemente, enfermedad. Desde el punto de vista legal, Nicholas Kitterie ha llamado este cambio “la desposesión de la justicia criminal y el advenimiento del estado terapéutico” (Conrad, 1982: 138).⁷³

Como comentamos al inicio de la tesis, en Argentina en 2010, se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental, la cual establece que: “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Esta normativa dispone que “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud”⁷³. A partir de su puesta en vigencia se cambia el eje de análisis de los consumos “problemáticos” de sustancias, para pasar a incorporarlo en el campo de la salud mental. Sin embargo, de algún modo, esta ley entra en contradicción con otra de las normativas existentes, la Ley 23.737⁷⁴ que se inscribe en una lógica de criminalización de la tenencia, consumo, distribución y tráfico de sustancias.

Por lo tanto, como veremos en nuestro caso de estudio se produce una superposición de discursos y prácticas que pivotean entre la criminalización y la medicalización de las personas que consumen.

Como plantea Conrad “a medida que el tratamiento le gana terreno al castigo como sanción preferida de la anormalidad, una proporción creciente de comportamiento se conceptualiza como enfermedad en un marco médico” (Conrad, 1982: 139). En este sentido el consumo de sustancias fue incorporado dentro de los comportamientos considerados desviados al ámbito sanitario. Como describiéramos en el capítulo 3 de antecedentes, Eduardo L. Menéndez (1990) y Merrill Singer (1998) realizan una fuerte crítica al desempeño del modelo médico hegemónico en el abordaje del proceso de alcoholización, señalando su ineficacia.

Volviendo a nuestro análisis, en el enfoque médico-sanitario las personas son clasificadas de acuerdo a grados de vulnerabilidad, en función de distintos factores de riesgo a los que se ven sometidos. En este caso son los niños y jóvenes varones, aquellos que socialmente y desde las políticas públicas se identificara como “grupos de riesgo”^{75, 76, 77}, como población vulnerable *per se* (Touzé, 2010).

⁷³ Artículo 4° de la Ley Nacional de Salud Mental: N° 26.657.

⁷⁴ Ley Nacional de Tenencia y Tráfico de estupefacientes: N° 23.737.

⁷⁵ Esta concepción de grupos de riesgo, resurgió en nuestro país con renovado énfasis durante los inicios de la epidemia del VIH/Sida. De modo tal que se agrupaban a determinadas personas que compartían ciertos rasgos identitarios y se las consideraba en riesgo de adquirir cierta enfermedad asociándosela a mecanismos estigmatizantes. En síntesis, la respuesta social era que si alguien pertenecía a tal o cual grupo, indefectiblemente iba a adquirir dicha enfermedad. Para el caso del VIH/Sida fueron señalados primeramente “los homosexuales”, luego “los drogadictos”, y por último las personas que tuvieran que recibir transfusiones de sangre. Susan Sontag (1988) señala para el caso de Estados Unidos, en relación al SIDA que, el “grupo de riesgo” más seriamente tocado fue el de los varones homosexuales, esta “ha sido una vivencia que aisló a los enfermos y los expuso al vejamen y la persecución”.

Este constructo se liga a una visión tipológica, anudada a identidades concretas, definibles. De modo tal que, conociendo determinadas características de los/as sujetos/as usuarios/as de sustancias, en cuanto a su



Ilustración 11

Destaca que un “medio contaminado” por el uso de drogas, medido en términos de tolerancia social y la facilidad de obtenerlas en una comunidad, afecta la salud de la población.

En cuanto a la prevención, se despliega una serie de mensajes que asocian la salud con la vida y las drogas con la muerte. El slogan característico de este modelo es el de “Vida o Drogas”, una frase que hemos observado reiteradamente durante el trabajo de campo, constantemente reproducido por los/as adolescentes y jóvenes en los talleres de prevención sobre el tema.

En la ilustración número 11, se muestra claramente la asociación directa del consumo de drogas con la muerte. "*Las drogas dejan un gran vacío. Entrar en la droga es enterrarse en vida*"; ésta ha sido la expresión que sirvió de

slogan a la campaña de prevención del consumo de drogas que difundió la Consejería de Sanidad de Madrid, España en 2007. La campaña, con spot y gráfica, estuvo presente en cine, televisión, vallas y prensa⁷⁸.

Consecuente con esta lógica, el modelo utiliza la información como estrategia privilegiada para prevenir el inicio del consumo de sustancias. Un tipo de información descriptiva sobre los tipos de sustancias que existen en el mercado, acompañada de imágenes que representan las distintas formas de presentación y los administrículos necesarios para su consumo, además de una detallada enumeración de sus características organolépticas, al mismo tiempo que los efectos físicos que producen en el organismo de los/as usuarios/as. Escasamente se realizan distinguos en los efectos que las sustancias ejercen sobre hombres y mujeres, ya que se toma como consumidor promedio el de un hombre mayor de edad, de alrededor de 80 kg. de peso⁷⁹. Asimismo, se describen las consecuencias comportamentales que apareja el consumo, entendiendo que con este tipo de caracterización, las familias, educadores/as, efectores/as de salud podían identificar fácilmente a un/a usuario/a e incorporarlo/a al ámbito sanitario para su curación. Esto

aspecto físico y comportamental, así como el de su grupo de pares, un/a observador/a lego/a podría “fácilmente identificarlo/a”.

⁷⁶ De acuerdo con Susan Sontag (1988) la categoría de “grupos de riesgo” que suena tan neutral y burocrática, resucita la arcaica idea de una comunidad maculada sobre la que recae el juicio de la enfermedad.

⁷⁷ Según Le Bretón (2011: 23), el riesgo es concebido como un dato negativo, un imprevisto peligroso del cual una racionalidad bien aplicada debe desactivar meticulosamente los peligros. Es una imagen anticipada del imaginario de la enfermedad, de la muerte, del accidente, del desastre ecológico o de la catástrofe natural. Su identificación pone en marcha un pesimismo metódico con el fin de prever lo peor y detener por anticipado su irrupción eventual.

⁷⁸ Fuente:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?pageid=1161769229300&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoCampania&language=es&cid=1142341714923

⁷⁹ Sobre este tipo de invisibilización de las usuarias mujeres nos detendremos en la tercera parte de la tesis.

sucede al considerar a la conducta asociada al consumo de sustancias como una enfermedad; por tal motivo, quienes consumen son tratados/as en el ámbito de la salud pública, como si se tratara de una enfermedad infecto-contagiosa.

Los “mensajes se asientan en el presupuesto de que las personas sólo se producen daño involuntariamente y de que nadie entraría en contacto con un “agente infeccioso” si pudiera identificarlo. Este discurso se consolidó durante los años cuarenta y la Organización Mundial de la Salud tuvo un papel preponderante en su difusión” (Touzé, 2010: 47).

5.1.3. Enfoque psicosocial

“El consumo de sustancias es identificado como síntoma”.

“El/la usuario/a es visto/a como esclavo/a”.

En este modelo, el anclaje de la tríada de análisis descrita por Nowlis (1975) de persona-sustancia-contexto, es ubicado sobre el primer elemento. Es decir, que a diferencia de las perspectivas anteriores, el foco no está puesto en la sustancia sino en el individuo.

Enmarcado en el campo de la salud mental, continúa visualizando al/la usuario/a como enfermo/a pero como resultado de un malestar psíquico que lleva a la persona a consumir, en tanto que la “adicción” no es concebida como una enfermedad en sí misma, sino que es considerada como la manifestación de ese malestar, es decir, que para este modelo la adicción sería el síntoma de un trastorno (individual y/o de su entorno inmediato).

De acuerdo con Touzé (2006) el interés se centra en el tipo de vínculo que una persona establece con una sustancia, por ello desde esta perspectiva se distingue entre consumo ocasional, esporádico o reiterado y compulsivo. Es característica en este discurso la referencia a la etiología de “adicto/a” como esclavo/a.

Cobra preponderancia en el análisis, la influencia que puedan tener tanto los factores personales de orden psíquico, como los sociales, contextuales (familiares, grupo de pares, etc.), en la toma de decisiones y actitudes respecto al consumo y las prácticas consecuentes de dichas valoraciones.

El contexto, desde esta perspectiva, remite a una dimensión microsociedad. Resalta que las presiones del medio inducen al consumo de sustancias (problemas familiares, problemas escolares, la presión de grupos de pares y de los medios de comunicación), sin embargo, considera que es la familia quien tiene un lugar preponderante en la socialización del/a sujeto/a y por lo tanto en ella recaería la responsabilidad de prevenir una desviación social. En consecuencia, tiende a culpabilizar a la familia, considerándola como factor patógeno y por lo tanto, al no cumplir el rol de “agente preventor”, ésta es vista como responsable de los actos desviados de sus integrantes.

La población en general y los/as usuarios/as de drogas en particular han incorporado de manera acrítica este discurso, difundido por los/as profesionales de comunidades terapéuticas y de centros de rehabilitación (Kornblit, et al.: 2011).

Se le resta importancia a las dimensiones macrosociales, como lo son las condiciones económicas, políticas, culturales de la sociedad, tanto como a la existencia de oferta de drogas.

Desde la intervención preventiva-asistencial, se plantea que lo no dicho queda tapado u obturado por la práctica del consumo. Por eso, más que buscar formas que permitan “detectar” signos de drogadicción, es importante desde esta postura, estar atentos a las dificultades que presentan algunas personas y buscar otras formas del “decir”, más allá del síntoma del consumo (Kornblit, et al. 2011).

En este sentido, se considera que al promover formas alternativas de comunicación interpersonal, tanto intra como intergrupala se favorecerá la disminución de las



Ilustración 12

situaciones de conflicto y por lo tanto disminuirá la demanda de drogas.

La campaña lanzada en 2008 por SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el narcotráfico de la Nación) se encuadra en este modelo. Un ejemplo puede observarse en la ilustración número 12⁸⁰.

Según Nowlis (1975) debido a la importancia que este modelo les atribuye a los/as individuos y a su comportamiento, así como a los factores sociales, propone a menudo

soluciones al problema del uso de drogas que no están relacionadas específicamente con ellas y que son igualmente aplicables a otros comportamientos de carácter “destrutivo” o “irregular”.

Es decir, que esta perspectiva se aleja de las intervenciones preventivas de tipo informativas utilizadas por los modelos anteriores, donde se focaliza en los tipos de sustancias y los efectos en el comportamiento y salud de las personas.

El enfoque psicosocial, desde estrategias preventivas de tipo inespecíficas, parte del análisis de los valores, creencias, actitudes, motivaciones de los/as individuos, familias y grupos respecto al consumo de sustancias, para proponer acciones tendientes a fortalecer la autoestima, mejorar las relaciones interpersonales, promover la toma de decisiones, actitudes y comportamientos de autocuidado. Por lo tanto, con el fin de reducir la demanda de sustancias, se proponen alternativas de comportamientos saludables.

⁸⁰ Fuente: <https://www.facebook.com/pages/SEDRONAR-Presidencia-de-la-Naci%C3%B3n-Argentina/123839934297766?fref=ts>

5.1.4. Modelo socio-cultural

Según Nowlis (1975), aquellos que se encuadran desde el punto de vista sociocultural suelen destacar y subrayar la complejidad y la variabilidad del contexto en la tríada droga-individuo-contexto. Por ello, unas drogas concretas cobran sentido e importancia no tanto por sus propiedades farmacológicas, sino por el modo en que una sociedad dada define su uso, al mismo tiempo que a los/as consumidores y los modos en que reacciona ante ellos/as.

Como se puede apreciar, esta visión se posiciona no tanto en dimensiones microsociales como en el caso anterior, sino en factores macrosociales como las condiciones socioeconómicas y culturales presentes en cada momento histórico particular.

La caracterización de la cuestión se centra aquí, en el análisis de cómo las desigualdades sociales pueden ser determinantes de la aparición masiva del consumo problemático de sustancias. Es decir, que analiza cómo los mecanismos que constriñen el acceso de grandes sectores de la población a bienes materiales y simbólicos (procesos de marginalización, fragmentación social, pobreza extrema), impactan sobre las condiciones de vida y la subjetividad de determinados grupos sociales que, para “evadirse de la realidad” que les toca vivir, recurren al consumo de sustancias.

Al igual que el enfoque psicosocial, los/as defensores/as de este discurso conciben al consumo de drogas como síntoma, pero ya no en términos psicopatológicos, sino en términos sociales, es decir, como indicio de una disfunción social. Por ello, es frecuente que se identifique al/la usuario/a como víctima de las presiones sociales y culturales que inciden en un consumo abusivo y problemático (según las pautas de la época) de sustancias.

Es habitual que desde este tipo de análisis se asocie pobreza con consumo de drogas. Así como en el modelo anterior se identifica a los/as jóvenes como el grupo de riesgo, desde la perspectiva sociocultural se restringe la mirada hacia los grupos más desfavorecidos económicamente. Si bien es cierto que el consumo de drogas constituye un factor suplementario de vulnerabilidad para los sectores más marginalizados de la sociedad, no podemos dejar de ver que los procesos macrosociales, económicos, políticos, de circulación, distribución y venta de drogas tanto legalizadas como ilegalizadas, no se restringe a un sólo sector de la población, sino que busca ampliar el mercado hacia todos los sectores de la sociedad. Por ello, en un momento histórico particular, la diversidad de drogas disponibles va a estar asociada con determinado precio-calidad y el grupo hacia el cual se dirige dicha mercancía y, al mismo tiempo, con procesos políticos que enmarcan la masificación de la oferta de sustancias.

La estrategia preventiva que se propone esta perspectiva, es desde una intervención en el campo social que permita el mejoramiento en las condiciones de vida para los grupos más desfavorecidos, de modo tal que, al disminuir las desigualdades sociales y reducir las situaciones de conflicto, esto traiga aparejado la disminución de la demanda de sustancias. En la práctica, se focaliza en políticas de tipo asistencialistas dirigidas hacia los sectores vulnerables, teniendo una visión parcial del fenómeno. Asimismo, corre el riesgo de estigmatizar a las clases subordinadas a través del problema de las drogas.

5.1.5. Modelo ético-social

El Modelo Ético-Social que describimos a continuación, fue presentado desde nuestro país por el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) en el marco del informe argentino a la UNESCO en 1975. Desarrollado como una versión integradora y de síntesis, superadora de los modelos anteriores, fue reconocido y recomendado por las Naciones Unidas a través de la Organización Mundial de la Salud.

El mismo, parte de la definición de un perfil de las características estructurales de la sociedad y el problema de consumo que en ella existe.

Contempla aspectos psicológicos, teniendo en cuenta las características globales de la idiosincrasia social y los factores regionales del país, complementando con un análisis exhaustivo de los indicadores demográficos, económicos, políticos, sociales y sanitarios.

Asimismo, propone un estudio y análisis de las condiciones particulares que rodean al/la usuario/a de sustancias desde una perspectiva no sólo individual, sino también familiar y comunitaria.

El sistema preventivo implementado por FAT, “rubrica el sentido ético del mensaje, centrándolo en sus reales protagonistas: familia, adolescentes, comunidad, para el replanteo de sus roles específicos y la valorización de sus propuestas. Metodológicamente, se plantea la circularidad del mensaje con plena participación de los/as interesados/as, para la comprensión del fenómeno adictivo, el cambio actitudinal ligado a lo afectivo y los proyectos individuales y grupales” (Calabrese, et al, 1985: 1).

Sus postulados fundamentales se refieren a:

- “la utilización del tiempo libre en tanto tiempo creador, donde se debe privilegiar la participación de distintos actores de la comunidad.
- el compromiso ético social para la comprensión y resolución del problema en proyectos de intervención conjunta a nivel comunitario” (Calabrese, et al, 1985: 5).

Los objetivos de la acción preventiva, se centran en “generar un compromiso permanente por parte de todos/as los/as partícipes sociales, buscando eliminar el prejuicio, incorporar criterios científicos y favorecer actitudes comprometidas para la resolución del fenómeno” (Calabrese, et al 1985: 9).

5.1.6. Modelo geo-político estructural

A mediados de los 80, el Dr. Bayardo Ramírez Monagás desde la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID) de Venezuela, formula el Modelo Geopolítico Estructural como explicación superadora de las anteriores perspectivas.

De todos los modelos, es junto con el ético-social de los más recientes, por lo que aún no se ha instalado socialmente.

Este enfoque parte de una crítica a la visión triádica de análisis de los fenómenos relativos al consumo de sustancias, proponiendo un enfoque estructural, que contemple cinco elementos, a saber:

- a) el/la **traficante**, como integrante de una industria transnacional propia del circuito económico global;
- b) las **drogas**, concebidas como mercancía, con un valor de cambio, un valor de uso, un valor de símbolo y relaciones sociales concretas;
- c) los/as **consumidores/as de drogas**, quienes presentan diferentes patrones de consumo. Este reconocimiento de la diversidad de toxicómanos/as sienta las bases para un adecuado abordaje en la terapia y la prevención mediando un reconocimiento de la influencia de la interacción social que actúa sobre los/as sujetos/as;
- d) el **ambiente o entorno individual, familiar y comunitario** como fenómeno multidimensional;
- e) la **sociedad**, donde se articulan los factores económicos, políticos, culturales y actores, que desde un sentido dinámico, reconoce los cambios y contradicciones en un momento histórico particular.

“Ubica el tráfico y consumo de drogas en el contexto del subdesarrollo, caracterizándolo como una resultante de la interacción de diversos factores (económicos, sociales, políticos, demográficos, etc.). Lo considera así cuestión de Estado, pues constituye un problema de seguridad al convertirse en un elemento desestabilizador de las soberanías y de la integridad e identidad de los pueblos” (Touzé, 1992: 11).

Como Ramírez Monagas (1986: 14) sostiene, la crisis económica mundial de la década del ochenta, permitió “el desarrollo y mutación sin precedentes del tráfico y consumo de drogas en una industria transnacional ilícita, cuya mercancía son las drogas como producto elaborado dentro del circuito económico, definiendo un papel determinado para los países dentro de la clásica distribución del trabajo, de acuerdo con sus condiciones socio-económicas, socio-políticas y culturales. Estas causas múltiples le dieron carácter de fenómeno global”. Asimismo, la transnacionalización del tráfico de drogas afecta a la estructura socioeconómica e inclusive a la estabilidad política de muchos países.

En relación a las estrategias preventivas que se propone desde este modelo está la de desarrollar acciones para evitar que el/la usuario/a ingrese al circuito económico de la oferta.

La responsabilidad de intervención en la temática recaería fundamentalmente sobre el Estado con voluntad política, pero acompañada de una acción conjunta con Organismos Internacionales, Organizaciones Supranacionales y la sociedad civil democráticamente organizada y con empuje participativo.

La propuesta integra Políticas globales de seguridad y bienestar social, fiscalización, disuasión y control del tráfico y consumo de drogas.

Politiza el fenómeno de las drogas, redimensionándolo como problema social, económico, político, sanitario y cultural.

Se trata de un “intento de envergadura para que desde el plano político social del Estado, se proponga una visión amplia del problema y se encauce en políticas globales, reemplazando así a lo meramente sectorial preventivo” (Calabrese (1989: 15).

Encarado en estos términos el abordaje de los problemas de drogas, se hace necesaria la actuación desde un frente que podría ser a nivel Latinoamericano, fortaleciendo el accionar de unos países junto a otros. Sin embargo, tal como plantea Alberto Calabrese no se esclarece desde este modelo, “cómo se articulan las acciones que se plantean desde el plano estructural global, en sociedades con amplias falencias en ese sentido, frente a la demanda comunitaria concreta y que optimicen esa relación en términos de lo que estructuren como falencias de sus propios planos de inserción. Es decir, cómo salir de las propuestas que queden en el plano de la macroteoría, a las acciones específicas de prevención y tratamiento” (Calabrese, 1989: 14).

Otra cuestión a resaltar, es que si bien, la lectura que introduce desde la complejidad aporta una inteligibilidad más cercana a los procesos englobados en la producción, circulación, distribución y consumo de sustancias, ubicando la centralidad de las relaciones de dominación y dependencia entre países del mundo; en el pasaje del análisis macrosocial al microsocioal, tiende de cierto modo, a considerar como una unidad indivisible el tráfico y el consumo, y con ello, se corre el riesgo de estereotipar a todo/a usuario/a de drogas como potencial narcotraficante.

En tal sentido, no se hacen distinciones entre el narcotráfico transnacional ligado a otros circuitos como el de tráfico de armas, personas y capitales, y el microtráfico que muchas veces es usado por los/as mismos/as usuarios/as como forma de solventar su propio consumo o, como ha sucedido en las últimas décadas, donde los/as usuarios/as de los sectores populares han recurrido a la venta de drogas como una forma alternativa de obtención de recursos económicos a falta de otras posibilidades laborales.

Y aunque en la teoría se hagan estas distinciones, en la práctica se observa la persecución de los eslabones más débiles del microtráfico, mientras que el narcotráfico transnacional y todas las etapas necesarias de producción, procesamiento, transporte, etc. son escasamente controladas, ya que los movimientos de capitales y ganancias que deja, requiere, como señalamos extensamente en el capítulo anterior, de la connivencia de los poderes nacionales, internacionales y empresariales para su funcionamiento.

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los distintos modelos anteriormente analizados.

VARIABLES MODELOS	Drogas	Individuos	Contexto	Actores y factores interactuantes	Responsabilización ante el problema
ÉTICO-JURÍDICO	Distingue entre drogas lícitas e ilícitas e informa sobre los aspectos legales en relación con éstas.	Señala que los usuarios de drogas se exponen a las consecuencias de tipo legal. El consumidor es considerado un delincuente, lo estigmatiza moral y éticamente. Asocia droga-delincuencia. Estereotipo: usuario visto como DELINCUENTE, VICIOSO y VÍCTIMA.	Resalta las consecuencias legales que ocasionan la producción, el mercadeo y el tráfico de drogas considerados como vicio (defecto moral) y delito que es penado por la ley.	La droga como agente activo. Los traficantes y los consumidores son considerados como delincuentes (indistintamente).	Individual, tanto de los traficantes como de los consumidores. No rebasa el orden público.
MÉDICO-SANITARIO	Destaca los efectos de las drogas en el organismo. No hace distinción entre drogas lícitas e ilícitas por lo tanto, abarca: tabaco, alcohol, café, etc. Distingue entre drogas duras y blandas.	Destaca que los individuos que abusan de las drogas ponen en peligro su salud, su vida y la de los demás. Asocia drogas-jóvenes. Estereotipo: usuario visto como ENFERMO.	Destaca que un “medio contaminado” por el uso de drogas medido en términos de tolerancia social y la facilidad de obtenerlas en una comunidad, afecta la salud de la población.	-La droga considerada como agente activo. -Los consumidores considerados como vulnerables: “infectado”. -El medio ambiente “contaminado”.	Individual. Los consumidores (focaliza en los jóvenes). Se ignora el tráfico y los traficantes al incluirlos como un elemento más del medio ambiente.
PSICOSOCIAL	Resalta que las drogas psicotrópicas alteran el comportamiento de las personas (efectos psicológicos y sociales)	Destaca que la decisión de usar drogas o no, depende del individuo: sus valores, motivaciones, intereses y habilidades para tomar decisiones. Es considerado como un enfermo con trastornos conductuales y problematizado socialmente. Con dificultades de adaptación y maduración Estereotipo: usuario visto como ESCLAVO.	Resalta que las presiones del medio inducen al uso de drogas (grupos de pares, problemas familiares, problemas escolares, medios de comunicación).	-Las drogas. -Los consumidores con sus comportamientos, valores y acciones. -La familia y grupos de pertenencia como contexto social (escenario individual).	Individual. Culpabilización de la familia, de los jóvenes. Define grados de “desviación social”.
SOCIOCULTURAL	Distingue las drogas que se usan como resultado de patrones culturales y las consecuencias sociales de su uso.	Señala que los usuarios son personas que ceden ante las presiones de sus iguales y ante problemas del contexto. El usuario es considerado víctima de las presiones sociales, especialmente pobreza. Estereotipo: usuario visto como VÍCTIMA.	Destaca que los factores del medio (pobreza-marginalidad) y las costumbres (consumo de alcohol y tabaco en fiestas y reuniones) así como la disponibilidad (tráfico-venta) de drogas, inciden en la farmacodependencia	-Las drogas. -Los consumidores vistos como desviados sociales. -Contexto: Factores culturales. Factores socio-económicos que favorecen el consumo.	Factores culturales que favorecen el consumo.
GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	Las considera como una mercancía, ya que tienen un valor de cambio y generan una relación social. No hace distinciones entre drogas lícitas e ilícitas.	Individuo concebido como actor social. Cuando éste es usuario de drogas, el modelo propone considerar los diferentes patrones de consumo para su adecuado abordaje y el abordaje en la terapia y la prevención de la influencia de la interacción social que actúa sobre el sujeto (tráfico-mercancía-consumo) que crea hábitos sociales de consumo. Contempla a la persona como traficante en su contexto socioeconómico y la necesidad de desarrollar acciones preventivas para evitar que éste ingrese al circuito económico de la oferta. Tráfico y consumo son vistos como una unidad indivisible.	No es sólo el teatro de operaciones donde cotidianamente interactúan los individuos, sino toda la sociedad con sus cambios, contradicciones y factores como fenómeno multidimensional.	No considera los actores y factores contextuales de manera aislada, sino integrados a la estructura en un mundo interdependiente (las drogas, los traficantes, los consumidores, la familia, la sociedad). Todas las instituciones y actores sociales. Distingue entre actores principales y complementarios.	Los Estados, los Organismos internacionales, las Organizaciones supranacionales. La sociedad civil (Asociaciones, familia, gremios, etc.).

...continuación	Responsable de promover la prevención	Respuesta y acción preventiva	Concepción política de la prev. y consecuencia a largo plazo	Visión	Representación social que construye el modelo ⁸¹
ÉTICO-JURÍDICO	Ministerio de justicia. Poder judicial. Organismos de seguridad del Estado.	Censura, crítica moral y ética. Acción represiva. Resalta los efectos nocivos de las drogas y proporciona información sobre las sanciones jurídicas y morales. Estigmatiza y criminaliza al usuario.	Políticas represivas insuficientes, separatistas y parciales. Criminaliza al problema de las drogas.	Túnel, atomista, individualista, separatista.	<ul style="list-style-type: none"> · Tránsito de normas, delincuente. · Inseguridad, miedo. · Usuarios víctimas de la sustancia.
MÉDICO-SANITARIO	Sector salud. Ministerio de salud.	Acción preventiva sobre el consumo. Prevención sanitaria. Información y educación acerca de las drogas y sus efectos en el organismo.	Políticas asistencialistas insuficientes, separatistas parciales. Con logros difíciles de evaluar. Medicaliza el problema de las drogas.	Túnel, atomista, individualista, separatista.	<ul style="list-style-type: none"> · Las sustancias alteran y afectan el buen funcionamiento del organismo. · El sujeto no puede hacer nada para evitar el consumo. · La adicción es un emergente.
PSICOSOCIAL	Sector salud. Ministerio de salud.	Acción preventiva inespecífica, basada en la exploración, estudio y análisis de las motivaciones y actitudes personales, familiares y grupales que promueven al consumo.	Políticas asistencialistas insuficientes, separatistas parciales. Psicologiza el problema de las drogas.	Túnel, aunque toma en cuenta lo grupal, lo hacen bajo una óptica individual.	<ul style="list-style-type: none"> · El consumo de drogas es un síntoma que evidencia un malestar psíquico. · Falta o mal funcionamiento de una red familiar y social que contenga al usuario.
SOCIOCULTURAL	Sector salud y desarrollo social.	Información sobre usos ancestrales y culturales de las drogas. Resalta la pobreza, hogares deshechos, falta de oportunidades, las discriminaciones, la industrialización como causales primordiales del consumo de sustancias.	Focaliza las políticas asistencialistas dirigiéndolas hacia sectores vulnerables. Insuficientes, separatistas parciales. Estigmatiza las clases subordinadas a través del problema de las drogas.	Parcial. Obvia el carácter político del fenómeno. Minimiza la dimensión económica a una visión drogas-pobreza.	<ul style="list-style-type: none"> · El consumo de drogas implica una evasión de la realidad. · El entorno cultural y económico determina los tipos de drogas y las formas de consumo. · El uso de drogas ilegales es característico de las sociedades industriales avanzadas. · Las desigualdades sociales producen vulnerabilidad en relación al consumo de drogas.
GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	El Estado con voluntad política. Organismos Internacionales. Organizaciones Supranacionales. La sociedad civil democráticamente organizada y con empuje participativo.	La prevención es asumida integralmente, considerando el tráfico y consumo como una unidad dual indivisible. Está dirigida a las causas del problema y no sólo a los síntomas.	Integradora. Políticas globales de seguridad y bienestar social. Fiscalizadora, disuasoria y controladora del tráfico y consumo de drogas. Politiza el fenómeno de las drogas, redimensionándolo como problema social, económico, político, sanitario y cultural.	Global, toma en cuenta los determinantes estructurales (sociales, políticos, económicos, culturales, sanitarios, etc.) del fenómeno. Visión de sistema.	<ul style="list-style-type: none"> · Politiza y redimensiona el problema como fenómeno global y como un problema social.

TABLA 1: Cuadro comparativo de los modelos de análisis del consumo de sustancias. Fuente: elaboración propia.

⁸¹ Representación social que implica el modelo; para este ítem se retoman los aportes de Kornblit, A. L.; Camarotti, A. C.; Di Leo, P. F.; Verardi, J. (2011) Módulo 1. La construcción social de la problemática de drogas. En: Módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula, Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA - UNICEF Argentina.

5.2. Políticas de control de la demanda

Los modelos anteriormente presentados, aunque con miradas diferentes, se hallan agrupadas dentro de las políticas de control de la demanda denominadas “abstencionistas”.

El abstencionismo se centra en abordajes que tienden a eliminar el uso de sustancias. Las intervenciones asistenciales tienen como meta la suspensión del consumo, y en muchos casos éste es uno de los requisitos de admisión para iniciar un tratamiento. Por su parte, como vimos anteriormente, las estrategias de prevención primaria utilizadas, tienen como objetivo disuadir a la población del uso de sustancias.

Desde un criterio jurídico-moral, el abstencionismo nos ha situado ante tácticas estigmatizantes y excluyentes de quienes son señalados/as como “culpables de diseminar el mal”, inscriptas básicamente en una ideología de la “defensa social”, más proclive al uso de mecanismos represivos y no preventivos, que atentan contra la garantía de los derechos de los/as consumidores/as de drogas (Touzé, 2006).

5.3. Políticas de reducción de daños y riesgos

Hacia fines del siglo XX, en nuestro país se comenzaron a desarrollar distintas políticas tendientes a instalar un nuevo paradigma en el abordaje de la reducción de la demanda. Se trata de una política de reducción de daños y riesgos.

El origen del concepto de reducción de daños se ubica en Holanda en la década de los '70 cuando aparecieron alternativas profesionales identificadas con la perspectiva de los/as usuario/as de drogas, denominadas “modelo de la aceptación”. A finales de los años '80 empezó a utilizarse en Inglaterra, en respuesta a dos factores principales:

- El problema de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) entre usuarios/as de drogas inyectables (en adelante UDIs.);
- La sospecha creciente de que las estrategias adoptadas hasta el momento no habían mejorado la situación, y en algunos casos, habían tenido el efecto no deseado al aumentar los daños asociados al uso de drogas.

Una estrategia de reducción de daños puede involucrar una amplia variedad de tácticas: puede incluir el cambio de las sanciones legales asociadas al uso de drogas; puede mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento; puede generar servicios directos para los/as usuarios/as de drogas y sus redes sociales en las comunidades; puede tender a cambios en la conducta de las personas que consumen por medio de la educación; puede también dirigirse a modificar la percepción social acerca de las drogas y de los/as usuarios/as de sustancias (Intercambios Asociación Civil, 2014)⁸².

⁸² Intercambios Asociación Civil: es una asociación civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas. Fue creada como organización no gubernamental en la ciudad de Buenos Aires en 1995. Su misión es trabajar para asegurar la salud y los derechos de las personas que usan drogas, desde la perspectiva

En la región del Cono Sur, se comenzó en 1997 con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/Sida (en adelante ONUSIDA), un trabajo de articulación entre las áreas gubernamentales y no gubernamentales con el fin de conocer e intervenir en la epidemia del VIH/Sida en usuarios/as de drogas inyectables. Ello dio lugar al reconocimiento y al debate acerca de la estrategia de reducción de daños, que tenía un desarrollo insipiente en el área gubernamental y más extenso en el sector no gubernamental. Las experiencias locales e internacionales, fueron útiles para la definición del proyecto y sus acciones iniciales (Rossi, 2001: 9).

Posteriormente, el 10 de marzo de 2000, se concreta la conformación de la Red Argentina de Reducción de Daños. De acuerdo al acta fundacional su misión es la de “impulsar la inclusión de la perspectiva de Reducción de los Daños asociados al uso de drogas en las políticas, planes y programas en la Argentina, teniendo como principios rectores la defensa de los Derechos Humanos y de la Salud Pública”, siendo algunos de sus objetivos “apoyar, fortalecer y difundir iniciativas de personas y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en Reducción de Daños en el país y promover el desarrollo de nuevas iniciativas” y “promover el protagonismo y la organización de usuarios/as de drogas, asociándolos/as a las acciones para mejorar su calidad de vida”.

Desde el ámbito gubernamental el 31 de julio de 2000 el Secretario de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de La Nación emite la Resolución 351/2000, donde resuelve “Art. 1º: Recomendar al Ministerio de Salud de la Nación, la adopción de programas y/o medidas, con características y objetivos que se señalan en el artículo 2º, a implementarse en los casos puntuales en lo que se esté en presencia de una persona adicta, que: no esté integrada o atendida en los servicios y programas existentes o que haya fracasado repetidas veces en los mismos, a la vez, esté expuesta a un alto riesgo de daño grave a su salud por enfermedades infecciosas que se relacionan con el abuso de drogas y que también pueda producir accidentes fatales”.

Durante el *Seminario Regional sobre sida y drogas*, realizado en la ciudad de Buenos Aires los días 12 y 13 de octubre de 2000, se debatieron los avances alcanzados en la primera fase del proyecto regional. Su realización permitió reunir por primera vez a los/as funcionarios/as encargados/as del tema sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y a los/as responsables de la política de drogas de la Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay y Brasil. En el debate estuvo integrado el sector no gubernamental representado por las ONGs. que ejecutan las acciones en cada país. Otros/as actores fueron los/as representantes de ONUSIDA y de la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen (UNODCCP). El seminario también refleja el debate acerca del tema en los medios de comunicación social, y los avances en el campo legislativo, con la contribución de la experiencia brasileña, pionera en América Latina (Rossi, 2001: 10).

de la reducción de daños. También es clave en América Latina, donde trabaja en red, comparte información y desarrolla actividades de investigación, incidencia política y capacitación en la región. <http://www.intercambios.org.ar>.

La primera fase del Proyecto Regional se localizó en las ciudades capitales de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, en la segunda fase se incorporó Brasil. Los objetivos del Proyecto fueron:

- Construir un enfoque común en el Cono Sur, para el abordaje de la epidemia de VIH/Sida entre usuarios/as de drogas inyectables (UDIs.).
- Promover una respuesta ampliada al problema, a través de la participación de organizaciones e instituciones de la sociedad civil y diferentes sectores gubernamentales.
- Conocer las actitudes, representaciones sociales y prácticas de usuarios/as de drogas inyectables y sus parejas sexuales.
- Promover y desarrollar acciones que reduzcan los riesgos de infección por VIH en usuarios/as de drogas, sus parejas sexuales e hijos/as.

Las estrategias definidas para alcanzarlos contemplan la adopción de instrumentos legales que faciliten las acciones de prevención del VIH en UDIs.; la sensibilización de los/as formadores/as de opinión e instancias de decisión política relacionadas a la temática del uso de sustancias y la infección por VIH; la promoción de redes socio-sanitarias de referencia que faciliten el acceso a la atención integral de los/as UDIs.; que la comunidad se involucre activamente, particularmente los/as usuarios/as de drogas y sus redes sociales; y la promoción de investigaciones que sirvan de base para el desarrollo y evaluación del proyecto, la formulación de políticas y estrategias futuras (Touzé, 2001: 15).

En 1999 se crea la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina, que agrupa a profesionales y organizaciones del país que tienen relación con el desarrollo de políticas públicas de drogas orientadas a reducir las consecuencias perjudiciales de su uso y que aspiran a incidir en las políticas de Estado sociosanitarias sobre la materia. Su objetivo principal es animar políticas de drogas basadas en los principios de reducción de los riesgos y daños asociados al uso de sustancias psicoactivas legales e ilegales, promoviendo planes de acción que favorezcan una aproximación sanitaria y social al uso de drogas y la epidemia del VIH/sida, asociando la asistencia a la prevención, la promoción de la salud y los Derechos Humanos.

Si bien la estrategia de reducción de daños se encuadra dentro de una perspectiva de derechos humanos; como se desprenderá de nuestro análisis sobre las políticas estatales, en la Provincia de Buenos Aires no se tomaron en cuenta sus beneficios, muy por el contrario, las intervenciones se ajustaron más a las estrategias abstencionistas.

CAPÍTULO 6. DIECIOCHO AÑOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE DROGAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (1993-2011)

Luego de haber descripto los marcos conceptuales relativos a los modos en que se interpreta la tríada individuo que usa, sustancia utilizada y contexto sociocultural del uso, desde los cuales se elaboran modelos interpretativos que se traducen en distintos modos de intervención, en este capítulo, nos ocuparemos de examinar la vigencia que cada uno de los enfoques ha tenido en la historia de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones.

Nuestra indagación fue guiada por las siguientes preguntas: ¿Cuáles han sido las bases ideológicas que sustentaron cada gestión? ¿Se ha incorporado una perspectiva de género en la política pública? ¿Existe coherencia entre las definiciones conceptuales y las prácticas concretas de cada programa implementado? ¿Qué cambios y continuidades pueden reconocerse en los 18 años estudiados?

El capítulo está organizado en tres secciones. En la primera sección, describimos brevemente las continuidades y discontinuidades producidas en las Políticas del Sector Salud en Argentina desde 1940 hasta nuestros días. En la segunda sección analizamos el proceso de retirada del Estado, desde el Estado de Bienestar Keynesiano hasta el modelo neoliberal. Por último, en la tercera sección nos adentramos en el examen de la Políticas Públicas en materia de drogas en la Provincia de Buenos Aires entre los años 1993-2011.

Al respecto se exponen someramente cada una de las gestiones que se fueron sucediendo a lo largo de la historia del organismo público, desde su creación en 1993 hasta diciembre de 2011, realizando un análisis de los Modelos de intervención (descriptos en el capítulo anterior) que se desplegaron en cada época. Se trata de poner de relieve las transformaciones y/o persistencias en las concepciones que se tuvieron sobre el tema, en cada una de las diferentes gestiones. Asimismo se evalúa el modo en el cual se incorpora lo que pudiera ser una agenda de género en esta política, por ejemplo, visibilización de consumos diferenciales, modelos de atención adecuados a las necesidades de cada género, concepción de familia, etc.

Para la evaluación de los Modelos de intervención se tiene en cuenta lo que describiéramos en el capítulo anterior en relación al modo en que se concibe a la/s sustancia/s, a los/as usuarios de dichas sustancias y cuáles son las respuestas que como política de estado se han dado frente al consumo, qué se considera consumo problemático, en qué momentos se opera, qué concepciones tienen al respecto cada una de las gestiones y de qué manera se articulan dichas ideas con las prácticas y programas puestos en marcha desde el organismo encargado de atender sobre el asunto. Traemos a colación nuevamente algunos de los elementos del cuadro de síntesis que presentamos *ut supra* sobre los enfoques descriptos, a fin de tener presentes algunos rasgos distintivos de cada enfoque.

ENFOQUE	Drogas	Individuos	Respuesta y acción preventiva
ÉTICO-JURÍDICO	Distingue entre drogas lícitas e ilícitas e informa sobre los aspectos legales en relación con éstas.	Señala que los usuarios de drogas se exponen a las consecuencias de tipo legal. El consumidor es considerado un delincuente, lo estigmatiza moral y éticamente. Asocia droga-delincuencia. Estereotipo: usuario visto como DELINCUENTE, VICIOSO y VÍCTIMA.	Censura, crítica moral y ética. Acción represiva. Resalta los efectos nocivos de las drogas y proporciona información sobre las sanciones jurídicas y morales. Estigmatiza y criminaliza al usuario.
MÉDICO-SANITARIO	Destaca los efectos de las drogas en el organismo. No hace distinción entre drogas lícitas e ilícitas por lo tanto, abarca: tabaco, alcohol, café, etc. Distingue entre drogas duras y blandas.	Destaca que los individuos que abusan de las drogas ponen en peligro su salud, su vida y la de los demás. Asocia drogas-jóvenes. Estereotipo: usuario visto como ENFERMO.	Acción preventiva sobre el consumo. Prevención sanitaria. Información y educación acerca de las drogas y sus efectos en el organismo.
PSICOSOCIAL	Resalta que las drogas psicotrópicas alteran el comportamiento de las personas (efectos psicológicos y sociales)	Destaca que la decisión de usar drogas o no, depende del individuo: sus valores, motivaciones, intereses y habilidades para tomar decisiones. Es considerado como un enfermo con trastornos conductuales y problematizado socialmente. Con dificultades de adaptación y maduración. Estereotipo: usuario visto como ESCLAVO.	Acción preventiva inespecífica, basada en la exploración, estudio y análisis de las motivaciones y actitudes personales, familiares y grupales que promueven al consumo.
SOCIOCULTURAL	Distingue las drogas que se usan como resultado de patrones culturales y las consecuencias sociales de su uso.	Señala que los usuarios son personas que ceden ante las presiones de sus iguales y ante problemas del contexto. El usuario es considerado víctima de las presiones sociales, especialmente pobreza. Estereotipo: usuario visto como VÍCTIMA.	Información sobre usos ancestrales y culturales de las drogas. Resalta la pobreza, hogares deshechos, falta de oportunidades, las discriminaciones, la industrialización como causales primordiales del consumo de sustancias.
GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	Las considera como una mercancía, ya que tienen un valor de cambio y generan una relación social. No hace distinciones entre drogas lícitas e ilícitas.	Individuo concebido como actor social. Cuando éste es usuario de drogas, el modelo propone considerar los diferentes patrones de consumo para su adecuado abordaje y el abordaje en la terapia y la prevención de la influencia de la interacción social que actúa sobre el sujeto (tráfico-mercancía-consumo) que crea hábitos sociales de consumo. Contempla a la persona como traficante en su contexto socioeconómico y la necesidad de desarrollar acciones preventivas para evitar que éste ingrese al circuito económico de la oferta. Tráfico y consumo son vistos como una unidad indivisible.	La prevención es asumida integralmente, considerando el tráfico y consumo como una unidad dual indivisible. Está dirigida a las causas del problema y no sólo a los síntomas.

Como señalamos más arriba, en este análisis tendremos en cuenta si en las distintas estrategias públicas de la Subsecretaría de Estado se ha incorporado la perspectiva de género en el diseño de las intervenciones. Para ello indagamos qué tipo de mensajes se

utilizan, a quiénes van dirigidos dichos mensajes y/o programas, si se incorpora un lenguaje no sexista, si es que se representan exclusivamente a los hombres o se tiene en cuenta también las características y necesidades de las mujeres usuarias. Asimismo consideramos qué concepciones de familia se tiene, es decir, si se reproducen estereotipos de familia heterosexual tradicional o se incluyen distintos tipos de familia e inclusive se reconocen las monoparentales, ensambladas, homoparentales, etc., sin ser concebidas como disfuncionales; si se ponen en cuestión los roles tradicionales de género femeninos y masculinos o se refuerza un lugar tradicional y subordinado de la mujer en el ámbito privado con su contrapartida de mayores prerrogativas para los varones.

6.1. Las políticas del sector salud en Argentina entre 1940 y 1970

En nuestro país al igual que en otros de América Latina⁸³, desde la década del 1940 hasta los 70, tuvo lugar un proceso de desarrollo de los sistemas de salud enmarcados dentro de las propuestas de Estados de Bienestar keynesiano, en los cuales se desplegaba una participación gubernamental activa.

De acuerdo con Aldo Isuani “Argentina es una de las sociedades donde el modelo keynesiano tuvo un gran desarrollo. (...) a partir del primer gobierno peronista en el inicio de la segunda posguerra, el Estado adquirió fuerte presencia tanto en la regulación de la economía como en el proceso productivo mismo con la creación de un gran número de empresas estatales. También (...) desde mediados del siglo XX se impulsó la extensión de la cobertura del sistema previsional; el desarrollo de los esquemas de salud de la seguridad social, denominados obras sociales; la expansión de la política habitacional y el desarrollo de la infraestructura pública en las áreas de salud y educación” (Isuani, 2009: 36).

Dentro de este proceso, podemos destacar las siguientes características:

- La asistencia médica se proporcionaba a la población como parte del elenco de programas sociales del Estado de Bienestar keynesiano, constituyendo un escenario de las prácticas en salud basado en derechos de ciudadanía, poder profesional, organización y extensión de los sistemas y servicios de salud.
- La adopción escalonada de alta tecnología en la asistencia médica moderna, cuya importancia estratégica tiene estrecha relación con la continua y frenética expansión de la base tecnológica de las economías capitalistas, además el fomento de la especialización promovido desde el seno de la enseñanza médica y el privilegio de un modelo asistencial hospitalario de alta tecnología.
- La conformación de sistemas de salud modernos altamente complejos con la ocurrencia de conflictos distributivos, constituidos como componente de políticas de estado, donde son negociados recursos, empleos y poder, y por lo tanto se constituyen en arenas de intensos conflictos de intereses (Almeida, 1997: 180-181).

Desde entonces, el sector salud estuvo conformado por tres subsectores, diferenciados

⁸³ Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, México, Uruguay, entre otros.

jurídica y financieramente pero interrelacionados entre sí, a saber: el sector estatal, el de las obras sociales y el sector privado. Cada uno con una lógica específica, con actores sociales que ejercen cierta influencia en las políticas sanitarias y que al mismo tiempo configuran un sistema fragmentario.

Sistema de salud público: durante el período 1940-1970, el Estado fue ampliando su cobertura, adquiriendo una modalidad de asistencia universal de salud, con base en el hospital público, el cual tendía a cubrir las necesidades sanitarias de toda la población. A su vez, este subsector fue subdividido en dos jurisdicciones diferenciadas: nacional y provincial. Cada una de las cuales tenía a su cargo programas y establecimientos de salud con distintos grados de complejidad, a su vez dependían de distintos organismos como Secretarías de Salud, Universidades, etc. ya sean nacionales o provinciales.

La gran capacidad asistencial instalada durante el período peronista, bajo el impulso de Ramón Carrillo, expresaba un sector público que había hecho de la atención médica uno de sus principales instrumentos de legitimación. No se podía retrotraer fácilmente el sector estatal a una función marginal y subsidiaria dirigida hacia los sectores sociales indigentes. El acceso a la atención médica hospitalaria se había establecido ya como un comportamiento colectivo al que no era posible renunciar (Isuani y Mercer, 1988: 10).

Luego del derrocamiento de Perón, se inició a fines de 1957 un intento de recomposición del sector salud a través de diversas medidas de descentralización de los servicios. Las iniciativas incluyeron la transferencia de recursos asistenciales hacia las provincias y municipios, tratando de disminuir el papel central y coordinador que había llegado a tener el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación (op. cit.).

“La errática transferencia de servicios que entonces se inicia, tenderá a convertirse en una política habitual bajo los gobiernos de facto, para terminar en 1979 con un franco traspaso de un número importante de servicios asistenciales del gobierno central hacia las provincias y municipios” (Isuani y Mercer, 1988: 10).

Seguridad social, Obras sociales y mutuales: se trata de un sistema de prestación de servicios de salud que se sustenta con aportes obligatorios de los/as trabajadores/as asalariados/as, sumado a un porcentaje aportado por el/la empleador/a y el Estado que en algunos casos también contribuye con el sistema. Se trata de una modalidad solidaria de salud, donde los aportes se realizan en función de los ingresos de cada trabajador/a. A su vez tiene una modalidad de redistribución en la cual los/as empleados/as más jóvenes que utilizan menos los servicios, aportan y son solidarios/as con las personas de mayor edad y con más necesidades de salud, “pero a diferencia de la salud pública, el concepto de contribuyente/beneficiario/a prima sobre el concepto de ciudadano/a” (Isuani y Mercer, 1988: 3). A su vez, aquellas personas con mayores ingresos aportan más que el resto.

El origen de este subsector cobró importancia, a partir de las distintas oleadas migratorias, por la constitución de sindicatos y mutualidades. Pero a su vez ellas aumentaron su capacidad instalada durante el gobierno peronista mediante aportes de la Dirección General de Asistencia Social del Ministerio de Trabajo.

A fines de los '70, en la mayoría de los países de América Latina el gasto en salud de la seguridad social era superior a la del sector público (Isuani, 1985). Tal es así, que la mayor parte de la oferta estaba constituida por subcontrataciones del sector privado, el que sin embargo, había crecido con los aportes del Estado.

El subsector privado está representado por establecimientos de propiedad de particulares, donde uno/a o más profesionales de la salud brindan atención a pacientes que pagan en forma directa por el servicio recibido. Suele dividirse en dos tipos, un sistema privado de pago directo por prestación, y un segundo de pago previo o prepago, perteneciente a colectividades, mutuales, etc.⁸⁴, donde los/as beneficiarios/as aportan mensualmente cuotas societarias para luego ser utilizadas en gastos de salud. Tienen una modalidad similar a la de los sistemas de seguridad social antes descriptos.

Se asocia generalmente con los sectores sociales más acomodados.

En muchos casos las clínicas y sanatorios que originalmente brindaban servicios de salud a una determinada colectividad de manera exclusiva, agregaron a su actuación como efectores de servicios sanitarios, a los/as beneficiarios/as de las obras sociales.

6.2. El proceso de retirada del estado: desde el modelo de Estado de bienestar keynesiano hacia las políticas neoliberales

El proceso de retirada del Estado en Argentina se inició mucho antes de la década del 90 a la que se le atribuye la instalación declarada del modelo neoliberal. Consideramos que las apreciaciones de Eduardo Menéndez (2005b) para el caso Mexicano, se corresponden con el proceso desarrollado en Argentina. Según este autor, a diferencia de lo que desde algunas interpretaciones supuso, que la instalación de las políticas neoliberales de la década del 90 produjo una modificación radical respecto a las acciones del sector salud en la década anterior respecto de las orientaciones económico-políticas, en realidad significaron un proceso de continuidad en las estrategias que se desarrollaron desde mediados de los '70 en adelante (Menéndez, 2005b).

Como señalamos anteriormente, en nuestro país, durante ambos gobiernos peronistas, las obras sociales fueron promovidas desde el Ministerio de Trabajo, instalándose en paralelo con la oferta estatal. Sin embargo, a partir del golpe de 1955, se inició una reestructuración del subsector público de salud limitando la modalidad universal desarrollada anteriormente desde el propio Estado y utilizándose como estrategia para cubrir las necesidades de salud de la población, el aumento de la medicina privada y de las obras sociales.

Asimismo, desde la década del 70 a la fecha, “se ha consolidado un espectro institucional caracterizado por un sector público de la salud en retroceso (en cuanto a la calidad⁸⁵) y por

⁸⁴ A partir de los años 90, aumentó el sistema de aseguradoras de salud o “prepagas”, que se benefició con la desregulación de las Obras Sociales.

⁸⁵ El agregado es nuestro.

el desarrollo de la seguridad social y del sector privado, correspondiendo a la primera, básicamente, financiar al segundo” (Isuani y Mercer, 1988: 30). Un ejemplo de ello es la transferencia de los establecimientos de salud con administración nacional hacia las provincias y municipios, es decir, el llamado proceso de descentralización; el cual se desarrolló sin el respectivo acompañamiento de fondos necesarios para su funcionamiento y que se tradujo en un progresivo deterioro y fragmentación de las prestaciones en el subsector público.

“La reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, en el cual las superposiciones, los costos crecientes y el uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos pasaron a ser una constante (Marshall, 1985). De esta forma se consolidó un modelo prestador de servicios sumamente tecnologizado, de alta especialización y que privilegió la atención de determinadas patologías en detrimento de los servicios de menor complejidad, la medicina general y las acciones preventivas” (Isuani y Mercer, 1988: 11). Pese a la superposición de los prestadores, con elevada descoordinación y fragmentación, tampoco se ajustan a adecuados niveles de calidad de atención.

Otros elementos que han acompañado este proceso, ha sido la creciente medicalización de la vida cotidiana con su impacto en el costo de la atención, proceso que ha respondido al aumento de la industria farmacéutica y la tecnologización de la medicina, con la necesaria complicidad de los/as profesionales del campo de la salud.

En los años ‘90 el Banco Mundial impulsaba simultáneamente tanto la Atención Primaria Selectiva (APS) (Menéndez 2005b) o focalizada, como también un tipo de participación social comunitaria basada en el involucramiento de los/as actores en la autoatención de salud, argumentando que con ello se recuperaban las características socioculturales de los grupos. Estas propuestas se daban en un momento en el cual la Atención Primaria se caracteriza por la exclusión o por lo menos secundarización de los procesos e instrumentos socioculturales así como por su verticalidad debido a que se guiaba básicamente por criterios técnicos de eficiencia. De acuerdo con Menéndez (2005b), “debemos asumir que éstos y otros aspectos no significan necesariamente incongruencias, sino reorientaciones pragmáticas que posibilitan cumplir los objetivos centrales, en este caso la continuidad de la aplicación de las políticas neoliberales. Asimismo, la descentralización, la ciudadanía, la sociedad civil, la participación en términos de involucramiento, son conceptos, y la significación práctica de los mismos depende de las fuerzas sociales que se hagan cargo de los procesos y no de los "conceptos en sí" (Menéndez, 2002). Depende de los usos que se les dé más allá del nombre que tengan esos usos, por lo cual es interesante constatar, por ejemplo, que el uso de estos conceptos y el desarrollo de prácticas relacionadas con los mismos no modifican la estructura y orientación del gasto en salud, ya que sigue orientado hacia la atención médica y especialmente hacia el tercer nivel de atención” (Menéndez, 2005b: 220). Esto lo constatamos una y otra vez cuando analizamos la Política Pública en materia de drogas en la Provincia de Buenos.

De acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el propósito de las políticas de ajuste en los años '90, fue lograr el equilibrio macroeconómico, o sea, déficit público reducido, inflación baja, balanza de pagos equilibrada, tipo de cambio competitivo, etcétera. Las políticas de cambio estructural se resumen en la liberalización de los flujos de capital y de mercancías mediante la apertura externa; la privatización de las empresas estatales de bienes y servicios; la desregulación de las actividades económicas; la reforma fiscal regresiva; la desregulación laboral; la reforma del modelo de protección social; y la reforma administrativa que consiste en la introducción de mecanismos de mercado, competencia y formas de gestión empresarial en el sector público (Inter-American Development Bank, 1996 citado por Laurell 2000). Como veremos más adelante, en este mismo capítulo, algunos de los criterios que se aplicaron en la SADA, a principios del milenio se corresponden con estas recomendaciones, a las que se le suma el inicio de una desfinanciación del organismo.

En suma, los postulados básicos de la reforma del Estado bajo las premisas neoliberales han sido: el mercado como principio articulador de la sociedad; la globalización; la competencia libre y perfecta; la libertad individual expresada en la preferencia libre y egoísta; la política como elemento distorsionador del mercado y violador de la libertad individual (Sela, 1993; George y Wilding, 1994; McMurtry, 1998; París, 1998; Laurell, 2000). A estas premisas corresponde un Estado mínimo que debe abstenerse de intervenir en la economía y en la vida social y limitarse a desarrollar funciones restringidas y precisas (Pierson, 1991; Guillén, 1992; George y Wilding, 1994, Laurell, 2000). Estas funciones serían: garantizar el derecho a la propiedad privada; asegurar un marco legal para el funcionamiento eficiente del mercado y para administrar correctamente la justicia; corregir las imperfecciones del mercado; proteger a los/as individuos y a la sociedad contra presiones externas o internas, incluyendo a las del propio Estado; impedir que un/a sujeto/a, en el ejercicio de su libertad, limite la libertad de otros/as; y proteger a las personas no responsables de sus actos. Es decir, se pretende restringir a un mínimo las funciones del Estado (Holden, 1993, citado por Laurell, 2000).

Según Alicia Stolkiner (2000: 2) “la reforma del sistema sanitario ha sido, en lo esencial, acorde con las transformaciones globales que operaron en la economía, el Estado y la sociedad. Se trata de una transformación regida por una tendencia hegemónica a someter el funcionamiento del sector a la lógica del mercado, incorpora como premisas absolutamente indiscutibles el principio de financiación de la demanda en lugar de la oferta, el reemplazo de la lógica de solidaridad por la de autoprovisión individual y la estratificación de los/as usuarios/as según su capacidad adquisitiva”.

Si nos enfocamos en cómo esto afecta a nuestro tema de estudio podemos señalar que una de las estrategias de focalización del sector salud ha tenido lugar respecto a los consumos de sustancias. En los 90 se promovieron modificaciones en las modalidades de intervención en los tres subsectores descriptos previamente.

En el subsector público se crea con rango ministerial la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, organismo que analizaremos en profundidad en este capítulo.

En el subsector de seguridad social, en marzo de 1995, se sancionó la Ley 24.455 de Obras Sociales, en la cual se estableció que las mismas “deberán incorporar como prestaciones obligatorias (...) Art. 1 inciso b) la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes y c) la cobertura de los programas de prevención del SIDA y la drogadicción”.

En el subsector privado, en noviembre de 1996, se sancionó la Ley 24.754 que estableció que “las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme a lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455” en las cuales se instituyó la cobertura del tratamiento por uso de drogas. Aquí se incluyen las clínicas, sanatorios, al igual que las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs.) sin fines de lucro –fundaciones, asociaciones– que brindan asistencia a usuarios/as de sustancias. Éstas también reciben fondos del Estado nacional y provincial mediante becas de tratamiento y subsidios, lo cual es posible gracias a la reforma neoliberal en el sector salud, que permite destinar dinero público a Asociaciones de la Sociedad Civil o “Tercer Sector”.

6.3. Descripción de las políticas implementadas a través de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones-SPAA (1993-2002), Subsecretaría de Atención de las Adicciones-SADA, del Ministerio de Salud (2002-2009), Ministerio de Desarrollo Social (2009-2011)⁸⁶

Para nuestra indagación se tuvieron en cuenta distintos decretos del ejecutivo provincial, documentación oficial, informes de gestión, página web de distintas épocas del organismo e información relevada durante el trabajo de campo.

A continuación presentamos un cuadro en el cual detallamos cómo estaba compuesta cada una de las gestiones estudiadas. Éste permitirá tener una referencia temporal sobre la historia de la Subsecretaría. En el mismo identificamos, a qué período gubernamental corresponde, cuál es la dependencia ministerial, y los/as funcionarios/as responsables de cada gestión.

⁸⁶ Cabe aclarar, que a fin de realizar esta descripción, decidimos hacer un corte temporal en el estudio, considerando desde la creación del organismo (1993) hasta la gestión inmediata anterior a la que actualmente se halla en curso (diciembre de 2011).

Años	Gobernador	Ministro	Nombre del Organismo	Subsecretaría	Dirección Provincial	Nombre del Director provincial
1993	Eduardo Duhalde	Juan Alberto Yaría SPAA	Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPAA)	Subsecretaría de Prevención de las Adicciones a cargo de Fidel Amat;	Dir. Prov. de Educación Preventiva	Angustias González
1994					Dir. Prov. de Prevención Comunitaria	Oscar Correas
1995					Dir. Prov. de Promoción Institucional	Manuel Díaz
1996					Dir. Prov. de Asistencia	Gabriela Romio
1997						
1998						
1999						
2000						
2001	Carlos Federico Ruckauf	Eduardo Amadeo SPAA	Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPAA)	Subsecretaría de Prevención de las Adicciones a cargo de Silvia Gascón; Subsecretaría de Asistencia de las Adicciones a cargo de Gracia Nuesch.	Directora Provincial de Asistencia	Verónica Gaudina
2002	Felipe Solá	Ismael Passaglia Ministro de Salud	Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA) ⁸⁷	Claudio Mate	Dir. Pcial. de Atención de Adicciones	María del Carmen Míguez
2003					Dir. Pcial. de Programación y control de Gestión	Alberto Magnone
2004						
2005						
2006		Claudio Mate Ministro de Salud	Patricia Segovia	Dirección Provincial de Atención a las Adicciones	Alfredo Macrade	
2007				Dir. Pcial. de Programación y control de Gestión	Kurt Rojas	
2008 2009	Daniel Scioli	Claudio Zin Ministro de Salud	Subsecretaría de Atención a las Adicciones	María Graciela Martínez	Dir. Pcial. de Programación y Control de	Silvia Turchetto

⁸⁷ Cabe destacar que es durante ese período cuando la entonces Secretaría, pierde su rango ministerial y pasa a ser absorbida por el ministerio de Salud, constituyéndose en la Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA).

			(SADA)		Gestión	
					Dir. Pcial. de Atención de Adicciones	Alfredo Macrade
2009				Javier José Goñi Campagiorni	Dir. Pcial. de Programación y control de Gestión	María Inés Codesido
					Dir. Pcial. Atención Adicciones	María Guadalupe Bravo
2009 2010				Edgardo I. Binstock	Dir. Pcial. Prevención de Adicciones	Gabriel J. Legarreta
					Dir. Pcial. Atención Adicciones	Alejandra Moskaloneck
2010 2011		Baldomero Álvarez de Olivera. Ministro de Desarrollo Humano	Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA)	Gabriela A. Torres	Dir. Pcial. Atención Adicciones	Mariela Geraci
					Dir. Pcial. de Prevención de Adicciones	Mariela Staffolani
					Dir. Pcial. de REBA	Ramón E. Quiroga

Tabla 2: Cronología de las distintas gestiones del organismo. Según dependencia ministerial y funcionarios a cargo. (Elaboración propia en base a la normativa consultada, documentación oficial, página web de distintas épocas del organismo, e información relevada en trabajo de campo).

A continuación presentamos un cuadro de las personas entrevistadas para la caracterización de las políticas llevadas adelante por la SPAA-SADA.

	Género	Profesión	Edad	Cargo más alto ocupado	Antigüedad en servicio
1	Masc	Lic. en Psicología	51 años	Director de CPA	18 años
2	Fem	Lic. en Trabajo Social	59 años	Directora de CPA	17 años
3	Fem	Lic. en Psicología	53 años	Asesora	18 años
4	Fem	Lic. en Psicología	49 años	Jefa de departamento	10 años
5	Fem	Lic. en Psicología	42 años	Integrante equipo prof.	8 años
6	Masc	Lic. en Psicología	49 años	Integrante equipo prof.	14 años
7	Masc	Psicólogo Social	47 años	Jefe de departamento	15 años
8	Fem	Lic. en Comunicación Social	36 años	Integrante equipo prof.	7 años
9	Fem	Lic. en Psicología	29 años	Integrante equipo prof.	4 años
10	Masc	Sociólogo	46 años	Integrante equipo prof.	12 años
11	Masc	Técnico en Adicciones	46 años	Coordinador Regional	15 años
12	Fem	Estudiante de Antropología	27 años	Técnica	8 años
13	Fem	Lic. en Psicología	34 años	Directora de CPA	10 años
14	Masc	Lic. en Comunicación Social	33 años	Integrante equipo prof.	9 años
15	Fem	Lic. en Psicología	43 años	Directora de Regiones	13 años

6.3.1. Gestión Juan Alberto Yaría

En función de la Ley 11.413 del 6 de Julio de 1993, por la que se modifican las competencias del Ministerio de Salud y Acción Social en lo que se refiere a la prevención y asistencia de las adicciones, se crea la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (en adelante SPAA) mediante el Decreto 2618/93. El 8 de Julio de 1993, durante la gobernación del Dr. Eduardo Duhalde, la **Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones** se constituye con rango ministerial, a cargo del Dr. Juan

Alberto Yaría. La misma se financió con recursos provenientes de Rentas Generales de la Provincia de Buenos Aires.

Si tomamos como referencia la tríada que analizamos en el capítulo anterior, consideramos importante explicitar qué sentidos eran adjudicados por el responsable de la SPAA al contexto en el que se dará el uso de drogas.

En el documento Bases Filosóficas del Programa “10.000 líderes para el cambio”, Yaría retomando a Edgard Morín (1994) describe la situación social de la época definiéndola como:

“la caída de la red solidaria que constituía la gran familia; además de la instauración de la civilización urbana y suburbana anónima. Al mismo tiempo, la crisis de los partidos políticos como movimientos solidarios y de agremiación que generaban un espacio de encuentro así como una vía de asistencia a las necesidades.

Aparece la burocratización y se agrava el proceso de despersonalización entre los seres humanos.

La solidaridad burocrática no puede llegar a captar las necesidades más profundas (felicidad, infelicidad, dolor, carencia, miseria) e incluso en muchas ocasiones ni siquiera llega a sostener las necesidades más periféricas.

A mayor burocracia menor es la cantidad de gente ayudada y asistida y mayor la angustia de grandes masas poblacionales.

Surge la indiferencia como una mancha de aceite que se extiende por todo el cuerpo social” (Yaría, 1995: 18).

Y en respuesta a la pregunta ¿qué hacer frente a esto?, el Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones considera dos instituciones que serían centrales en la intervención, a saber: la familia y la escuela. Asimismo, apela al trabajo en la comunidad como una instancia que podría superar “la abulia” en la sociedad. Yaría lo plantea del siguiente modo:

“es indudable que el marco social y la crisis cultural en la civilización urbano-tecnológica disuelve los liderazgos en la medida que hay una deflación de los elementos personalizantes por excelencia: familia y escuela especialmente.

A través del “Programa 10.000 líderes para el cambio” se promueve la animación y la sensibilización de la comunidad, para formar líderes. Sólo la animación social de grandes organizaciones permite salir de una abulia que acompaña el final de este siglo y coleccionar así organizaciones claves y personas claves en la promoción de la salud” (Yaría, 1995: 19).

Estas palabras que parecerían convocar a la sociedad civil, dista de las estrategias de movilización y animación social, por ejemplo de aquellas que desde la educación popular tienden a empoderar a las comunidades, creando lazos solidarios de ayuda mutua. En los años 90, frente a una abierta y contundente retirada del Estado, argumentaciones de este tipo son coincidentes con las recomendaciones del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, enunciadas al comienzo de este capítulo, donde la promoción de la participación en salud tiende a suplantarse la inacción estatal. Volveremos sobre esta cuestión en el capítulo 7.

Según palabras del Dr. J. A. Yaría, la SPAA se crea en

“respuesta a la necesidad de reforzar el capital social de la comunidad, permitiendo inmunizarla contra el avance de la enfermedad. (...) Encarando el proceso con una propuesta integradora de todos los actores sociales, potenciando un sistema de redes solidarias” (SPAA, 1999: 5).

“Se desarrolló un trabajo preventivo, que permitió la estructuración del voluntariado en redes educativas, sanitarias, barriales, académicas, judiciales, religiosas, juveniles y familiares.

El simple voluntariado aislado evolucionó hacia el compromiso responsable, sostenido por la capacitación, la profesionalización, la única herramienta que le permite a la comunidad ser protagonista de su propio cambio, sin esperar respuestas mágicas del Estado, cuyo papel debe ser el dinamizar, orientar y acompañar el proceso” (SPAA, 1999: 6).

Otra cuestión a destacar es que la ideología, o bases filosóficas de la política pública de esta época estaba teñida de una actitud moralizante y estigmatizante del/la usuario/a de drogas y su familia, e incluso victimizante y culpabilizadora en cuanto a la situación de consumo. Esto responde a una suerte de superposición de los modelos moral-jurídico y médico-sanitario. Tal es así, que Yaría considera que mediante la actuación de la SPAA se podría “inmunizar (a la comunidad) contra el avance de la enfermedad” (SPAA, 1999: 5), este modo de enunciar los consumos de sustancias, “la droga” como “agente infeccioso” que requiere que la comunidad sea “inmunizada” responde claramente al segundo de los modelos descritos en el capítulo anterior.

Al realizar un análisis del discurso de materiales tales como cuadernillos, manuales, folletería, afiches que se distribuían en escuelas, centros de fomento, unidades sanitarias, y también disponible para los equipos de la red, pudimos distinguir este tipo de perspectiva jurídica y biomédica. Un ejemplo de ello es el slogan “CAMBIA BEBER POR VIVIR” que asocia consumo a muerte. Éste fue utilizado en la cartelería, banderas y remeras que se entregaban en distintos eventos organizados desde la SPAA.

Asimismo, tomaremos el caso del cuadernillo “Centros Preventivos Escolares”, el cual brinda los lineamientos básicos para el desarrollo del Programa que lleva el mismo nombre. En el mismo, uno de los últimos ítems que se desarrolla se titula “Detección precoz”. Debido a su extensión, transcribimos aquí un fragmento:

“A la manera de lo que ocurre en la ciencia médica, podemos, mediante la que se conoce como clínica propedéutica o la Semiología Clínica que es el estudio de los signos y los síntomas, realizar una detección precoz del abuso y/o adicción a las drogas, tanto legales como ilegales. Los síntomas los observaremos, generalmente en las conductas y los signos sobre el cuerpo.

Síntomas de abuso y dependencia:

Respecto a la familia:

Aislamiento de la familia

Falta de comunicación con la familia
Excusas para no estar en casa. Siempre afuera.
La TV siempre encendida.
Escapadas o salidas después que la familia se durmió.
Peleas, constante ira.
Mentiras acerca de dónde va y con quién.
Escapadas o desaparecidas por días.
Estados de ánimo fluctuantes: sentimientos de extremo bienestar o depresión profunda.
Higiene física deficiente.
Transgresiones de tránsito.
Imposibilidad de planear actividades con tres días de antelación.
Sin interés por nada.
No existe futuro ni proyecto.

Respecto a los amigos:

Nunca está sin amigos para pasar la noche.
Llamadas telefónicas estrambóticas (música alta por detrás), pueden cortar sino es el usador quien contesta.
Amistades no firmes, cambiantes, generalmente desconocidos para los padres.
Evitación de otras personas
Actitudes solitarias (se autosegrega).
Encuentros con amigos en parques y/o plazas, video juegos, bares o cervecerías, pero nunca son traídos a casa.
Los amigos tienen problemas con sus padres, siempre los culpan de sus problemas (por divorcio o por trabajo) eternos “incomprendidos”.

Respecto a la religiosidad y la iglesia (de cualquier confesión):

Falta de creencias espirituales (no hay Dios, roturas espirituales).
Pasa todo el domingo durmiendo (afuera toda la noche del sábado).
Aparenta religiosidad (puede llevar la Biblia con él u otro libro sagrado), esto es posible como manipulación.

[...]

Esta lista de síntomas y signos, no pretende en ningún modo agotar todo lo observable. Debemos ser muy cautos en la apreciación semiológica, puesto que mucho de lo expuesto, puede ser completamente normal en los adolescentes. Por otra parte, nuestro sentido común nos podrá dar indicios de los aquí expuestos”. (SADA, 1999: 47-49).

Como podemos observar, éste es un claro ejemplo de reduccionismo y mirada moral-jurídica, que reproduce nociones biomédicas, paternalistas de un enfoque preventivo centrado en los “factores de riesgo”. Estableciéndose un correlato, una línea muy delgada entre adolescencia “mortal” urbana y adicción.

Cabe destacar, que este material estaba a disposición y serviría como guía, material de referencia para docentes y padres, mediante el cual se impulsaba a ser utilizado para “controlar/vigilar” a las y los jóvenes. Operaba como una suerte de instructivo para detectar

señales que permitieran identificar la desviación, es decir que cumplía la función de mecanismo de control de la “anormalidad”, dentro de una visión de familia tradicional, judeo-cristiana, de clase media, en una sociedad que apenas hacía una década se desprendía de la dictadura cívico-militar más sanguinaria de la Argentina. En un continuum con la idea de que “los/as hijos/as en la calle son un peligro”, asentada en una visión de control social. A pesar de que en el último párrafo del apartado se advierte que “mucho de lo expuesto, puede ser completamente normal en los/as adolescentes”, al tratarse de un extenso listado de signos y síntomas de todo tipo, los/as lectores/as tenderían a enfocar la mirada en el listado y no en la aclaración o advertencia de relatividad del mismo. Otra cuestión a destacar es que, desde los distintos programas se focalizaba en las y los jóvenes, perdiendo de vista que el consumo de sustancias se extendía también en la población adulta. En última instancia se trata de una visión adultocéntrica que niega toda capacidad de agencia de la juventud y al mismo tiempo la negativiza acusándola de “todos los males de la sociedad”.

En el plano asistencial de la SPAA, teniendo en cuenta pautas similares, se elaboraban “normas de funcionamiento” para ser cumplidas por las personas en tratamiento. Por ejemplo, en ese período, desde un modelo abstencionista se sancionaban las recaídas, o desde un enfoque represivo, por ejemplo, se prohibía entre otras cosas el uso de aros y piercings mientras se estaba en tratamiento. Tal era la situación, que en las salas de espera de los Centros Preventivos Asistenciales (CPA) pudimos observar carteles donde se listaba el modo en que los/as usuarios/as debían de concurrir al establecimiento.

Del análisis tanto de las entrevistas, observaciones y revisión de documentos, en relación a la incorporación de la perspectiva de género en las distintas instancias de intervención, concluimos que, no sólo no había programas específicos, sino que tampoco se tomaba en cuenta dicho enfoque en los distintos programas que se desplegaron en ese período dentro de la política pública de drogas.

Además, tanto desde el discurso verbal como en el material impreso se observó la reproducción de un modelo patriarcal y tradicional como deseable para mantener y recuperar “la salud”, centrado en la familia nuclear donde los roles parentales de la pareja heterosexual responden a los locus consagrados que ubican a la madre en el ámbito privado



Ilustración 133. Logo de la SPAA.

y doméstico con una función fundamentalmente cuidadora y reproductora de la vida familiar, y el hombre sería el padre proveedor ligado a la acción pública y política pero con una instancia de ser además quien establece la norma.

Varios ejemplos pueden brindarse sobre la cuestión, pero un ejemplo significativo podemos observarlo en el siguiente párrafo incluido en el “Manual de Capacitación Comunitaria” de la SPAA donde se plantea que:

“la desfamiliarización y la desescolarización son un factor de riesgo que alimenta una epidemia. Familia y Escuela son hoy la base del capital humano de los pueblos, base de la riqueza

de las naciones. Cuantos más chicos tengan familia por lo menos hasta los 18 años y especialmente con la presencia afectiva y orientadora del padre biológico menos posibilidades existen que aparezcan severas patologías de conducta. Estudios internacionales y nacionales así lo demuestran: la criminalidad alta de la juventud afroamericana está vinculada con esto; un chico que nace en el seno de ese grupo tiene hoy el 5 % de posibilidades de vivir con su padre hasta que comience la juventud. En la década del 60 Alexander Mitscherlich en un libro histórico "La sociedad sin padre" alertaba sobre la relación entre la desorganización familiar con ausencia presencial y simbólica del padre y la violencia (drogas y alcoholismo)..." (SPAA, 1999: 57-58).

No sólo que se estigmatiza a las familias no tradicionales, sino que en un mismo acto se criminaliza a la juventud y a la población afroamericana. Se asocia también, dentro de esta mirada, el considerar que los usuarios de drogas y alcohol serían mayoritariamente los varones jóvenes, invisibilizándose así, el consumo de las mujeres. Una imagen que sintetiza esta concepción es la que identifica a la Secretaría de aquella época: un padre arrodillado frente a un niño o adolescente varón. Ver ilustración 13. Se trata de una lectura patriarcal, en el sentido de adjudicar los problemas de "los jóvenes" a la ausencia de padre = ley. Sin embargo, desde esta mirada se elude que dicha ausencia es efecto también de las políticas neoliberales de los años '90, que desemplearon a un alto porcentaje de varones en etapa productiva. En esa época aparece la figura del homeless descentrado de las familias y sobre esta lógica se puso el acento en los tratamientos.

Este pensamiento podemos constatarlo claramente en la siguiente cita del Dr. Juan Alberto Yaría:

"la cultura actual deteriora dos funciones ejes del proceso de hominización: la función de madre (sistema familiar) y la función de jefe (sistema familiar y sistema de poder social). Las nuevas organizaciones familiares ya sea la familia nuclear típica (padre-madre-hijos) o distintas variaciones de desorganización familiar (padres o madres solos, familias ensambladas, separaciones violentas, uniones que perduran a través del masoquismo); son a la vez pasibles de un cambio cultural permanente ya que incorpora masivamente nuevas orientaciones culturales. (...) La madre (noción en crisis en la actualidad) se encuentra solicitada desde varios frentes: laborales, de competencia social, adaptarse a nuevos modelos estéticos; el padre-jefe también vive una perplejidad ya que el rol tradicional autocrático se halla descalificado por su propia mujer, los hijos e incluso potenciado todo esto por los mediadores de la cultura de masas". El rol de autoridad paterna y la continencia materna se hallan confundidos entre tantas situaciones de perplejidad y solicitudes diversas. (...) Ha disminuido el control de las unidades de parentesco. Esto no sólo plantea un problema en el desarrollo afectivo sino fundamentalmente en el desarrollo moral. (...) El problema moral se transforma en un problema social ya que el acatamiento a la norma es bajo y aumentan las conductas desviadas" (Yaría, 1995: 13-14).

Podemos concluir además que no se hace uso de un lenguaje no sexista, sino que se utiliza fundamentalmente el género masculino para la expresión lingüística.

Cabe aclarar que las características de la política pública responden a concepciones que desde la gestión pública se tenían en la década del '90, es decir, que son acordes con el resto de los programas de otras reparticiones de la Provincia.

En otro orden de cosas, una cuestión a resaltar fue el importante presupuesto con que contó la gestión de Yará. Esto le permitió desplegar una estructura descentralizada compuesta por Centros Preventivos Asistenciales, unidades de desintoxicación y centros de internación públicos, y otros no gubernamentales, que mediante convenios para la transferencia de fondos, implementaban acciones preventivas y terapéuticas con distintos grados de complejidad. De manera tal que la red de dispositivos se fue ramificando en toda la provincia. Además posibilitó la organización de megaeventos regionales, interregionales, provinciales, ya sea dirigidos a jóvenes, docentes, padres/madres y/o líderes comunitarios/as, donde se agrupaba a miles de participantes en cada encuentro.

Para poder instalar la estructura que se constituyó en la más grande de Latinoamérica, llegando a tener 181 CPA en toda la provincia, se debió recurrir a la articulación con organizaciones de la sociedad civil que de algún modo imprimieron su propia interpretación de la “problemática”; esto podía agudizar la visión de control social que antes describiéramos, asociado por ejemplo, a comunidades terapéuticas con un enfoque religioso, en otros casos, a estrategias paternalistas y clientelares y en otros, como la ONG donde inicié

mi acercamiento al tema, a una lectura más ligada a una perspectiva de derechos humanos. Sin embargo, pese a las particularidades de cada institución, las bases filosóficas de la gestión han sido ampliamente expuestas y responden a los primeros dos modelos descriptos en el capítulo 5.

Otra característica es que esta gestión fue acompañada de una fuerte capacitación de los equipos de trabajo, convocando a numerosos/as especialistas nacionales e internacionales de la Comunidad Europea, especialmente de España. Asimismo, a partir del establecimiento de un acuerdo de formación entre la Universidad de Deusto (España) y la

*Programas en curso durante la
Gestión Yará*

*1. Programa 10.000 líderes para el
cambio.*

*a. Grupos de Autoayuda
Bonaerense en Adicciones (GABA).*

b. Grupos de Voluntariado.

*c. Comisiones Preventivas
Comunitarias.*

*2. Prevención en el Ámbito
Laboral.*

3. Centros Preventivos en Iglesias.

4. Programa Ciudades Preventivas.

*5. Programa de Centros
Preventivos Escolares.*

a. Mochilas Preventivas.

*b. PIPES (Plan integral de
Prevención Integral) a partir de
1997.*

*6. Programa de Escuelas para
Padres.*

7. Movimiento jóvenes por la vida.

*8. Programa “Por un deporte sin
drogas”.*

*9. Red universitaria de formación
en adicciones.*

10. FONODROGA

*11. Programa Provincial de
Control de Alcoholemia.*

12. Programa Asistencial.

Universidad del Salvador (Argentina) se desarrollaron una Maestría y una Tecnicatura en la temática, que permitió la formación de un alto porcentaje del personal de los equipos de la Secretaría.

Un modelo interesante que se impulsó en los últimos años de esta gestión fue el denominado “Ciudades Preventivas”, este programa partía de un diagnóstico que recuperaba las representaciones sociales de la comunidad mediante entrevistas en profundidad a informantes clave, luego promovía la conformación de Comisiones Preventivas Comunitarias tendientes a potenciar las capacidades organizativas, siendo los/as mismos/as referentes comunitarios quienes determinaban las prioridades de intervención y modalidades de acción. Asimismo, incorporaba el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Desde la lógica de investigación-acción participativa se discutían nuevos paradigmas para entender/explicar el uso de drogas, que surgía de una polifonía de voces para luego apropiarse de las estrategias más acordes para encausar la prevención en su propia localidad.

Sin embargo, pese a que dicho programa auguraba una perspectiva interesante de abordaje, quedó trunco ya que no fue retomado por la siguiente gestión.

6.3.2. Gestión Eduardo Pablo Amadeo

En Septiembre de 2000, el Dr. J. A. Yaría y su gabinete presentan la renuncia, reemplazándolo en el cargo el Lic. Eduardo Pablo Amadeo, quien asume bajo el Decreto Provincial 3484/00.

De acuerdo a las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, se reconoce a esta gestión como aquella que “tuvo como fin la reorganización del gasto público”, lo cual “no se tradujo en una mejor gestión de recursos, sino en una nueva redistribución de los mismos”. A partir de la observación participante, pudimos constatar que durante el año y dos meses de gestión, se revisaron cada una de las organizaciones con las que la gestión anterior había establecido convenios y se redistribuyeron los subsidios otorgándose los a nuevas ONGs., coincidentes con el signo político de la gestión.

Otros elementos que destacan los/as entrevistados/as es que con la llegada de los/as nuevos/as funcionarios/as se interrumpió el proceso de intervención comunitaria que estaba en auge, siendo el Programa de Ciudades Preventivas un claro ejemplo de este impulso que fuera truncado. Según los relatos, a partir de la nueva política “se disolvió lo que se venía gestando”. No sólo se dejó de financiar dicho programa, sino que en algunos casos se desmembraron los equipos de trabajo, sin evaluación de resultados que lo justificara.

“Los primeros seis meses... o más, de la gestión de Amadeo, nos la pasamos haciendo proyectos que nunca concretamos, me acuerdo que nos reuníamos en la región, que estaba en calle 9... te acordás? y ahí Touzeda (coordinadora de la Región XI) nos juntaba a hacer proyectos... como si no tuviéramos experiencia, o no conociéramos

los barrios donde hacía años que veníamos trabajando! Nos metieron para adentro... “a planificar” (risas). (Trabajadora Social).

Tal como explica la entrevistada, la estrategia implementada por la gestión de Amadeo parte de la idea de que “todo lo anterior es malo”, y por lo tanto, en vez de evaluar las actividades que se hicieron y corregir errores, se terminó deteniendo el proceso de prevención que se venía desarrollando.

Es escaso el material que se publicó durante este período, por ejemplo en uno de los documentos donde se sientan las bases ideológicas de la gestión es el titulado “Prevención de las adicciones, una mirada integral”. Allí se define que:

“la prevención del consumo de drogas debe incluir acciones que conciban a la salud integral de las personas como el desarrollo de sus capacidades e intereses (...). La salud integral de las personas es parte del desarrollo personal y comunitario, que está atravesado y determinado por las emociones, los proyectos de vida, la historia individual, el contexto cultural, social y económico” (SPAA, 2001: 10).

“Un trabajo de prevención acorde a un enfoque integral, multidimensional y comunitario considera importarte centrarse en los vínculos particulares que las personas establecen con las sustancias psicoactivas. (...) a su vez la intensidad de ese vínculo, se define según el nivel de compromiso, clasificado en uso, abuso y dependencia” (SPAA, 2001: 11). La tolerancia social definida como “un conjunto de patrones de comportamiento que implican indulgencia hacia hábitos de abuso de sustancias” (SPAA, 2001: 13), “sería otra forma de vinculación a las sustancias. Una sociedad con alto grado de tolerancia social tendrá poca responsabilidad social. Por lo tanto, la otra cara de este tema es la conciencia social que posibilitará mayor responsabilidad en cada uno de los integrantes de la comunidad” (SPAA, 2001: 14).

El enfoque de prevención integral que plantean, es definido como “un proceso de cambio centrado en las personas, que promueve el desarrollo de miradas, actitudes y acciones preventivas en el ámbito social desde una perspectiva transversal e intersectorial” (SPAA, 2001: 16). Se sustenta en la identificación de “factores de riesgo y de protección, según promuevan o no el consumo” (ídem: 18) y apuntan a “la responsabilidad social en la prevención de adicciones” (SPAA, 2001: 29).

De acuerdo con la clasificación que realizamos sobre los modelos de las políticas preventivo-asistenciales, podemos decir que este período se ubicaría en el modelo psicosocial. El mismo, parte del análisis de los valores, creencias, actitudes, motivaciones de las personas, familias y grupos respecto al consumo de sustancias, para proponer acciones tendientes a fortalecer la autoestima, mejorar las relaciones interpersonales, promover la toma de decisiones, actitudes y comportamientos de autocuidado. Con el fin de reducir la demanda de sustancias, y proponer alternativas hacia comportamientos saludables.

Programas en curso durante la Gestión Amadeo

- 1. Prevención integral de las adicciones.*
 - 2. Jóvenes en prevención.*
 - 3. Programa preventivo de fútbol infantil.*
 - 4. Centros de estudios locales-ventanas epidemiológicas.*
 - 5. Programa asistencial.*
-

Una cuestión a destacar es que esta visión no ha tenido en cuenta procesos macrosociales, pese a que en ese período se venía gestando la gran crisis de 2001-2002, donde el deterioro de los sectores populares e inclusive la aparición de “los/as nuevos/as pobres” (ver capítulo 4) y de movimientos sociales autogestivos como el caso de desocupados, no podían ocultarse. Asimismo, entre los/as usuarios/as de los sectores más pobres se originaban importantes cambios en cuanto a la toxicidad de las sustancias consumidas, de menor calidad, y la aparición de la pasta base de cocaína como una de las sustancias que se extendió rápidamente. Como analizamos en el capítulo 4 (cuatro), el cambio en el circuito cultivo-producción-exportación de la cocaína, dio lugar a la instalación en nuestro país de “cocinas” para el procesamiento de la pasta base y la obtención de clorhidrato de cocaína. Esto generó un nuevo mercado interno, en las inmediaciones de los laboratorios clandestinos, comercializándose “productos intermedios” como “paco” y otras cocaínas fumables, que contienen distintos productos de elevada toxicidad.

Sin embargo, la gestión a cargo de Eduardo Amadeo, centraba su mirada en las personas y por lo tanto en sus actitudes frente al consumo. Como consecuencia, se produjeron barreras de accesibilidad en la atención que generaron una fuerte caída de la cantidad de personas en tratamiento durante 2001-2002. Esto lo profundizaremos en el capítulo 8 (ocho) donde analizamos los patrones de consumo y la característica de los/as usuarios/as atendidos/as entre 1997 a 2007.

En cuanto a la perspectiva de género, no se pusieron en práctica programas específicos ni transversales, que den cuenta de un cambio respecto del período anterior.

La concepción de familia que utilizaban era más abierta y dinámica, retomando a Elizabeth Jelín se la definía como “una institución social, creada y transformada por hombres y mujeres en su accionar cotidiano, individual y colectivo” (Jelín, 1998, citado por SPAA, 2001: 36). Asimismo, en este período se reconocen una multiplicidad y variedad de familias conformadas por “madres solteras con hijos, padres que se hacen cargo de los hijos después del divorcio, grupos compuestos por tres generaciones como abuelos, madre e hijo viviendo juntos (...)” (SPAA, 2001: 36). Sin embargo, tal como señalamos anteriormente, se desconocen factores sociopolíticos, económicos y culturales que operan sobre la misma, considerándola una institución autónoma de los constreñimientos estructurales por ello, en el mismo documento se enuncia que “de cada uno de nosotros dependerá que la familia sea un ámbito para el desarrollo integral de las personas” (ídem: 37).

6.3.3. Gestión Claudio Daniel Mate Rothgerber

El 2 de febrero de 2002, con la reforma del Estado bonaerense, se produce un nuevo cambio, debido a la pérdida de categoría ministerial, la Secretaría se convierte en Subsecretaría de Atención de las Adicciones (SADA) y pasa a ser incluida dentro del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires mediante el decreto 1370/03. Integra la oferta pública de atención de las adicciones con la estrategia sectorial de la Salud

Pública, siendo en esa oportunidad el Lic. Claudio Daniel Mate Rothgerber quien asume el cargo de Subsecretario mediante el decreto 1683/03.

La concepción que comienza a instalarse en la gestión, en palabras del Lic. Claudio Mate (2002) es que “las adicciones no son un problema de las personas, ni un “flagelo” de la sociedad, son un fenómeno de la cultura. Las drogas han existido siempre, en todas las épocas. Lo nuevo es, de un lado, su expansión pandémica y del otro, un negocio multimillonario mundial que mueve anualmente una masa financiera más de seis veces superior a la deuda externa argentina, solamente en las drogas ilegales. Las adicciones son hoy un mandato de la cultura. De la cultura del consumismo y el materialismo, que impone tomar todo lo que está dispuesto en la góndola del mercado. Desde éste y del otro lado de la ley” (SADA, 2002: 9).

Partiendo de la idea que la modalidad de intervención de los Centros Provinciales de Atención de Adicciones (CPA) se correspondía con los modos de respuesta que tienen el resto de los Centros de Atención de Salud, de tipo asistencial, y escasa promoción de salud, se propuso en esta gestión “cambiar el comportamiento clásico de los centros de atención de la salud, basado en el posicionamiento pasivo de los recursos, que determina en el caso de las adicciones, un bajo nivel de cobertura, con diferencias comparativas notables a otras patologías de mayor espontaneidad de la demanda” (SADA, 2002: 8), promoviendo “multiplicar el número de pacientes contenidos por la red asistencial, mediante mecanismos de acción proactivos extramuros que trasladen los nodos de atención hacia las necesidades reales y favorezcan las condiciones de accesibilidad para la gente” (Ídem: 8).

Para responder a esta lógica de mayor cobertura, se impulsaron por ejemplo, distintas estrategias *mass mediáticas* a fin de visibilizar y difundir los servicios de la Subsecretaría, a partir de publicidades que se pudieron visualizar en los canales televisivos de aire y spot radiales.

Si bien, no podemos atribuir exclusivamente al uso de las estrategias comunicacionales como fuente única de visibilización de los recursos asistenciales, se puede destacar que paulatinamente fue aumentando el número de personas que concurrían a tratamiento a los CPA, partiendo en 2002 de una atención de poco más de 3500 personas anuales en toda la provincia hasta alcanzar en 2006, a 8000 consultas en el año. Ver gráfico 2, del capítulo 8. Este aumento exponencial puede deberse no sólo a la difusión de los recursos de la SADA, sino a un incremento en el número de usuarios/as que comenzaron a tener una relación problemática con su consumo. Recordemos que este período, post crisis del 2001-2002, impactó diferencialmente a cada estrato social. Asimismo, se produce un cambio en el circuito de producción, circulación y venta de sustancias, con la emergencia de las cocaínas fumables con una elevada toxicidad y la adulteración de la cocaína, con el objeto de incrementar el rédito económico dentro de la economía política de las drogas.

Otras disposiciones llevadas adelante en este período, se inscriben en los “criterios de descentralización”. De acuerdo a los lineamientos estratégicos según el Documento “Plan Provincial de Atención de las Adicciones” (SADA, 2002), esta lógica se funda en “la

inversión racional y eficaz de los recursos públicos”, sustentados en “la idea articuladora de recrear un Estado presente y eficiente, carente de burocracia y cerca de la gente”.

Desde la gestión se identifica que el mayor obstáculo para la efectividad de las políticas en materia de adicciones radica en “la clandestinidad social y jurídica de una parte de la población objetivo y de la tolerancia social al consumo” (SADA, 2002: 15). Es interesante esta postura, que visibiliza la “clandestinidad social y jurídica”, sin embargo, no denuncia que una de las causas fundamentales del ocultamiento de los/as usuarios/as se debe a la vigencia de la Ley 23.737, que criminaliza a las personas que consumen, y en consecuencia la ilegalización de las drogas se constituye en una importante barrera de accesibilidad al tratamiento.

Continuando con el plan de acción, dentro de las estrategias de “modernización” previstas por el Ejecutivo Provincial se impulsó, como dijimos anteriormente la descentralización, conformando un nivel central reducido. En este proceso se unifican las antiguas Subsecretarías de Prevención y de Asistencia en la Dirección Provincial de Atención de las Adicciones, “integrando ambas estructuras como un continuo funcional que revierta la fragmentación de estas acciones” (SADA, 2002: 19).

“... y... en la práctica, la integración de prevención y asistencia fue muy difícil... De un día para el otro nos dijeron que no existía más la división... En algunos centros la separación era más tajante que en otros” (psicólogo social).

“creo que la mayor resistencia aparecía desde aquellos que históricamente se ocuparon del área de asistencia. Eh..., como cumplían horario dentro del CPA y los que hacían prevención naturalmente trabajaban en el barrio, entonces siempre fueron sospechados de no hacer nada.... En algunos CPA como el de La Plata fue imposible la unificación” (psicólogo).

Como relatan los entrevistados, si bien a nivel central se unificaron ambas direcciones provinciales, otra situación se vivió en algunos CPA. Pese a que la gestión entendía que la prevención tenía que cumplir un nuevo rol, más protagónico, se pusieron en evidencia las lógicas de abordaje diferente.

De acuerdo a las observaciones realizadas, se pudieron distinguir dos posiciones al respecto de la unificación de las Direcciones. En aquellos centros numerosos, donde la división del trabajo e incumbencias era muy marcada, se exteriorizó la tensión y resistencia hacia el cambio de enfoque. Mientras que, en los centros del interior de la provincia con personal más reducido, en los cuales generalmente las mismas personas repartían su horario de trabajo para realizar tanto acciones preventivas como aquellas relativas al tratamiento, esta fusión vino a legitimar la modalidad de intervención que se venía desarrollando.

Otra cuestión que registramos fue que a fin de incrementar la efectividad de los servicios, se propuso “optimizar la curva de utilización de los recursos con los que cuenta la SADA, dotándola de instrumentos de planificación, con énfasis en el diseño y ejecución de herramientas de evaluación, medición y monitoreo de su impacto en la resolución de problemas. El énfasis en ellos se centra en la observación llana de los resultados alcanzados, bajo la lógica de costos cuantificados por logros cuantificables” (SADA, 2002: 20). La medición de esto se lograría a través de cinco dimensiones: “elaborar mejores

planes para el futuro; conocer si el trabajo está costando demasiado y logrando muy poco; compartir experiencias de modo que otros programas puedan beneficiarse con ellas; mejorar el programa a través de la comparación con otros similares; determinar cuáles son los puntos fuertes y débiles y dónde se pueden hacer mejoras” (ídem: 20).

Este fue un objetivo ambicioso que comenzó a implementarse paulatinamente, pero no llegó a instituirse como práctica habitual de las siguientes gestiones.

Un rasgo distintivo de la antigua Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, fue el esquema de administración, que tenía convenio con 72 ONGs. (Instituciones sin fines de lucro). Con esta modalidad, en muchos casos, el Estado erogaba recursos a estas organizaciones y ellas se ocupaban de administrar y remunerar a los/as profesionales y técnicos y solventar los gastos de los centros, sin un valor agregado. Es decir, que el Estado le otorgaba fondos a las entidades y ellas pagaban por ejemplo, los sueldos de las personas que trabajaban en la SPAA, alquileres, etc., sin otro tipo de prestación especializada en la temática del consumo problemático de sustancias. Este sistema de funcionamiento generó un complejo circuito que adicionaba una pesada carga administrativa a las instituciones y consecuentemente restaba identidad

pública a los servicios. Por ello esta gestión revisó la modalidad, a partir de una financiación centralizada del sistema, y el fortalecimiento de la gestión regional. Asimismo, redujo el número de organizaciones prestadoras de servicios, seleccionando aquellas que se especializaran en el abordaje del uso problemático de sustancias, especialmente las comunidades terapéuticas para la internación de usuarios/as.

Otra modificación, fue la incorporación del personal en la estructura estatal. Desde el comienzo de la SPAA a través de las ONGs. conveniadas, la Secretaría tercerizó la relación contractual con los/as trabajadores/as del organismo. Utilizando la figura de monotributistas, aquellos/as se constituían en “prestadores/as de servicios” debiendo asumir a su cargo los aportes al sistema previsional y de obra social. En 2003 más de 700 trabajadores/as de la red ingresaron al “Programa de Becas para la Atención de Adicciones” adhiriendo al marco regulatorio según Decreto 5725/89 “Reglamento para el otorgamiento de becas en el Ministerio de Salud” y la Resolución Ministerial 2260/03, normativas que

*Programas en curso durante la
Gestión Mate Rothgerber*

- 1. Programa de Educación Preventiva.*
 - 2. Programa de Intervención Comunitaria*
 - a. Grupos de proximidad*
 - b. Grupos de Autoayuda Bonaerense en Adicciones (GABA)*
 - c. Grupos de Voluntariado*
 - d. Operadores socioterapéuticos y de Calle*
 - 3. Prevención en el Ámbito Laboral*
 - 4. FONODROGA*
 - 5. Comunicación Institucional y Campañas de comunicación en Salud.*
 - 6. Observatorio de vigilancia epidemiológica sobre el consumo de Sustancias psicoactivas.*
 - 7. Regulación de la Oferta de Alcohol – Registro Provincial para la Comercialización de Bebidas Alcohólicas (REBA).*
 - 8. Programa Provincial de Control de Alcoholemia*
-
-

permitieron ingresar a profesionales y técnicos/as dentro del sistema de becas. Paulatinamente se fue regularizando la situación del personal de la SADA y al transcurrir dos años fueron incorporados/as dentro del régimen de planta permanente del Ministerio de Salud.

Por otro lado, podemos constatar la creación de un Sistema de Recupero de Costos, con el objetivo de recaptación de los fondos erogados por el Estado Provincial en el marco de las prestaciones brindadas por la SADA a beneficiarios/as de Entidades de Medicina Prepaga, Sistema de Obras Sociales y otro tipo de entidades de este tipo.

Dentro de las estrategias de medición de la extensión del uso de sustancias en poblaciones específicas y general, se creó un “Observatorio de vigilancia epidemiológica sobre el consumo de sustancias psicoactivas”. Asimismo, se enfatizó en la medición de los resultados de desempeño como indicador de evolución de los sistemas; una estrategia fue la rediagramación de la historia clínica “tratando de incorporar indicadores cuantitativos y evolutivos de efectividad en los tratamientos” (SADA, 2002: 23; 2003b: 12).

Volviendo a nuestro esquema de interpretación de los modelos de intervención de la temática, al analizar las palabras del Lic. Claudio Mate en relación a su postura referida al consumo de sustancias como un “fenómeno de la cultura y no un problema de las personas”, podemos suponer que la mirada de esta gestión se vincularía más con un enfoque socio-cultural, alejándose de las concepciones médico-sanitarias y buscando una intervención más marcada en los procesos macrosociales que se relacionan con el consumo. Posiblemente, acorde con esta mirada, una propuesta que se impulsó en el período fue la de una reforma legislativa nacional sobre la publicidad, impuestos y sanciones a la venta ilegal (a personas menores de 18 años) de bebidas alcohólicas. Esta iniciativa se apoyaba en los datos epidemiológicos que mostraban que en porcentaje, el alcohol era la sustancia más consumida en población general y entre los/as estudiantes de escuelas secundarias y primarias de la Provincia. Asimismo, el Subsecretario difundió su proyecto denunciando las estrategias de marketing utilizadas por las empresas de cerveza que apuntaban a un público joven menor de 16 años, apoyado no sólo en declaraciones de las empresas sino en mostrar el incremento del consumo de esta bebida y en mostrar que el valor de un litro de cerveza era equivalente al de un litro de leche.

Pese a la campaña impulsada, no se llegó a sancionar la ley.

Ahora bien, al considerar los distintos documentos, materiales, manuales que fueron utilizados para diferentes programas en esta gestión, no perdemos de vista la existencia de una suerte de superposición de los discursos sostenidos por las anteriores administraciones con un leve intento de marcar algunas cuestiones propias. Esto se puede advertir, por ejemplo, en los materiales elaborados y entregados dentro del Programa de Educación Preventiva: “Manual Jóvenes en Prevención [adicciones en el ámbito escolar]”. Allí se observa cómo se reciclan, las mismas propuestas de actividades que se utilizaban durante la gestión de Yaría. Una cuestión sumamente llamativa es que, prácticamente la mitad de los recursos teóricos que contienen dichos manuales, está destinada a describir los distintos tipos de sustancias, sus efectos, causas y consecuencias de su consumo. Un tipo de

estrategia preventiva de estas características remite a los Modelos moral-jurídico y médico-sanitario. Es sabido que las estrategias preventivas centradas en la difusión de información sobre las sustancias, es una visión reduccionista de la complejidad y multidimensionalidad del fenómeno. Como señalamos en el capítulo 5, naturaliza las construcciones sociales circulantes connotando al/la usuario/a de drogas negativamente, como desprovisto/a de voluntad para “enfrentar el mal”, asociando “droga a muerte”. Le quita al/la sujeto/a toda capacidad de agencia y niega el uso no problemático de sustancias, al concebir a todo/a usuario/a como adicto/a.

Por otro lado, al incorporarse como contenido teórico el de factores de riesgo y protección, puede identificarse también la coexistencia con el Modelo Psico-social. Sin embargo, al analizar los indicadores que se utilizaron para la evaluación y medición de resultados de las estrategias preventivas, concluimos que éstas se encuadran nuevamente en la mirada médico-sanitaria.

En suma, vemos cómo los discursos, nociones y estrategias diversas y a veces contradictorias de abordaje han convivido en las distintas gestiones.

Finalmente, queremos señalar que en el período que estamos analizando tampoco se incorporó la perspectiva de género al abordaje de los consumos de sustancias y se continuó utilizando un lenguaje sexista en los materiales elaborados.

6.3.4. Gestión Patricia Segovia

En Diciembre de 2005, con el decreto 2961/05, el Lic. Claudio Daniel Mate Rothgerber deja el cargo de Subsecretario de Adicciones para asumir como Ministro de Salud de la Provincia (Decreto 2989/05). Ocupará su lugar la Lic. Patricia Segovia según decreto del Ejecutivo Provincial N° 3037/05.

Pese al cambio de responsable del organismo, se continuó con los mismos lineamientos impulsados por el Lic. Claudio Mate, ya que el citado y la Lic. Patricia Segovia trabajaban de manera coordinada, es decir que no fue percibido por los/as agentes de la Subsecretaría como una ruptura o cambio de paradigma, sino más bien como una continuidad en la política.

Además de la concepción que se tenía de “las adicciones como un fenómeno de la cultura”, se puntualizó en esta gestión “la necesidad de reconstruir el entramado social, apuntando a una tarea colectiva y participativa de todos/as los/as actores, profesionales, usuarios/as, de la comunidad en todas sus formas de organización y de los distintos organismos de gobierno” (Informe de gestión 06/07, SADA, 2007: 8). Por ello los lineamientos que se propusieron durante el bienio 2006-2007 fue el de “la intersectorialidad, el barrio y los jóvenes como ejes de gestión” (idem: 9), ¿por qué los/as jóvenes?, porque se buscaba “fortalecer su juicio crítico, para que crezca en ellos la capacidad de elegir, donde abunden los valores y no la acumulación de objetos, para que sean partícipes de sus opiniones y proyectos. Nuestros jóvenes son el presente y con ellos buscamos generar espacios de

creación, recreación y acción, desarrollando sus potencialidades con una mirada futura” (SADA, 2007: 10).

Partiendo del reconocimiento de los procesos económico-sociales que impactaron en la Argentina en los inicios del nuevo milenio, la política de la Subsecretaría se centró en una “estrategia de abordaje específico-integrado, en la que el consumo de drogas no puede ser separado del contexto, ni puede concebirse como un compartimiento estanco. Este modo de

DESCRIPCIÓN DEL TRÍPTICO “HABLA CON TU HIJO”

Bajo el lema “Habla con tu hijo”, la Subsecretaría de Atención a las Adicciones presentó hacia fines del 2005, principios de 2006 una campaña dirigida a padres, “con breves consejos que pueden ser utilizados para mejorar la comunicación en la familia y que intentan sortear las dificultades que se presentan en las conversaciones padres-hijos debido a las diferencias generacionales. Estos consejos dirigidos fundamentalmente a los padres, representan diez claves para dialogar con los jóvenes sobre las drogas, sobre la base de que la mejor defensa contra el problema de las drogas es la comunicación.

A su vez, el mensaje enumera señales de advertencia que pueden indicar que un joven está utilizando drogas, evidenciando una serie de cambios en el comportamiento que pueden ayudar a detectar un problema de consumo a tiempo.

Las piezas de diseño y promoción que forman parte de esta campaña gráfica incluyen: folletos, afiches y libritos informativos” (página web oficial de la SADA, 2007).

Descripción de la pieza comunicacional:

Tapa: Habla con tu hijo. 10 claves para conversar con los jóvenes sobre las drogas.

En el interior, se da un listado de distintas “señales” que podrían advertir a padres y madres que su hijo/a está consumiendo drogas.

“Prestá atención a las señales de advertencia que pueden indicar que un joven está experimentando con las drogas.

- Una baja en las notas de la escuela o una reducción de las actividades extraprogramáticas organizadas (como, por ejemplo, el retiro inexplicable de un deporte).

- Ojos enrojecidos.

- Aletargamiento.

- Un inexplicable cambio de amigos.

- Comportamiento insólito o irregular.

- Súbitos cambios de humor.

- Mínima interacción con la familia.

- Desaparición de artículos de valor o dinero del hogar.

- Cambios en los hábitos alimenticios”.

Contratapa:

En un recuadro: “Es hora de sacar las drogas de nuestra sociedad”. “Son nuestros jóvenes. Es nuestro futuro. ES NUESTRA PROVINCIA”

Línea telefónica de FONODROGA y página web de SADA.

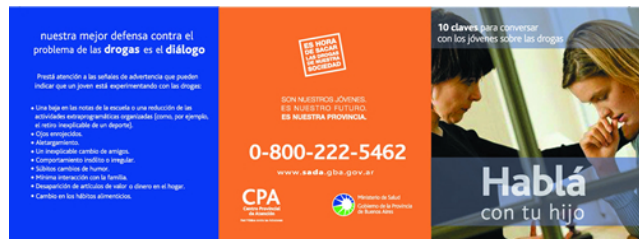
TABLA 3: descripción del tríptico “habla con tu hijo”.

acercamiento requiere de una mirada global, integrando a la persona, familia y su entorno, desde un enfoque psicosocial y sociocultural” (Ídem: 9). Recupera además la necesidad de

consolidar la intersectorialidad a partir de la conformación de una Mesa Integrada de Políticas Públicas de la Provincia de Buenos Aires, donde participaban los Ministerios de Seguridad, Desarrollo Humano, Dirección General de Cultura y Educación, Instituto Cultural y la Secretaría de Derechos Humanos.

Al igual que en el período anterior, existe un solapamiento de discursos y estrategias de intervención que responden a concepciones enmarcadas en los modelos médico-sanitario, psico-social y socio-cultural, en algunos momentos prevalecen unos por sobre otros, pero al analizar cada uno de los programas implementados se constata que los tres enfoques conviven en la estrategia pública. En este sentido, caben las mismas apreciaciones que hicieramos para el período anterior, respecto a las características reduccionistas que operan desde la perspectiva médico-sanitaria. Es decir, que si bien se intentaba incorporar una visión de mayor complejidad, se retorna una y otra vez a abordajes atomizados. Son contundentes al respecto las piezas comunicacionales utilizadas entre 2006 y 2007.

El contenido de este tríptico (Ver ilustración 14) nos remonta al listado de señales e indicadores que transcribiéramos del Cuadernillo “Centros preventivos escolares” utilizado durante la gestión del Dr.



Yaría. A de discursos que patologizan a la juventud, sobre la cual se ejerce un control social sustentado en la idea de

Ilustración 14: tríptico “Habla con tu hijo” – SADA. Fuente: página web SADA.

desviación, anormalidad y anomia. No es menor el mensaje brindado en las piezas comunicacionales, ya que es el tipo de material que mayor alcance tiene, por su rápida y fácil lectura, tamaño, etc., mientras que a pocas personas les llegará el Informe de Gestión. En este sentido, los enfoques psico-social y socio-cultural desde los cuales, a decir de la Lic. Patricia Segovia, se posiciona la Subsecretaría, entra en clara contradicción con el recurso comunicacional que le llega a la gente de manera



Ilustración 14: díptico “fumar paco mata”. – SADA. Fuente: página web SADA.

directa.

Otra campaña que remite a la asociación “droga = muerte”, signada por el modelo médico-sanitario, es la que se lanzó en noviembre de 2006, en respuesta al incremento del consumo de Pasta Base de Cocaína, “Paco” (Ver ilustración 15).

Nuevamente vemos la contradicción entre una mirada que supuestamente incorpora el análisis del contexto a la problemática, pero que retorna a modelos de prevención que utilizan el “temor” como estrategia. Asimismo, este material elude la necesidad de enfocar la prevención del consumo de sustancias desde una perspectiva de reducción de riesgos. Desde una mirada de género podemos destacar que en esta etapa surgieron dos programas

DESCRIPCION DEL DÍPTICO “FUMAR PACO MATA”

Según el documento Gestión de comunicación 2006-2007 de la Subsecretaría, la campaña fue elaborada sobre la base de que “la indefensión y degradación en que pueden terminar los adictos a esta droga pone de manifiesto que la prevención y la información, son el primer paso para poder frenar el avance de esta sustancia. La campaña fundamenta su accionar en una realización gráfica que permite a los jóvenes advertir y reflexionar sobre esta nueva adicción que se presenta en los barrios pobres de nuestra sociedad. A tal fin se han desarrollado dos propuestas visuales complementarias. Por un lado un afiche alertando al público juvenil, y por otro lado un díptico que informa sobre las consecuencias de consumir Paco y ofrece una línea telefónica gratuita, como vía de orientación e información” (SADA, 2007).

El díptico elaborado sobre fondo blanco resalta el slogan “fumar PACO MATA” escrito con letras rojas y negras en imprenta mayúscula. Por detrás, se observa una línea que simula el control de un monitor cardíaco, que dibuja la actividad eléctrica del corazón, con los picos hacia arriba y abajo de las pulsaciones, para terminar en una línea recta que representaría un paro cardíaco, indicando la muerte. En el interior, brinda explicaciones de los motivos por los cuales el consumo de PBC causa daño.

Cerrando la idea con las frases: “mata todo en tu vida, te esclavizás y sólo te importa fumar”, “mata... porque aún los cerebros no se trasplantan”

“PODEMOS AYUDANTE” y el número telefónico de FONODROGA.

TABLA 4: descripción del díptico “Fumar *paco* mata”

que hicieron referencia explícita a las mujeres. Por un lado el clásico programa escuela para padres pasó a denominarse espacio para padres y madres; por otro lado, se creó el programa madres en red. Sin embargo al indagar sus objetivos, acciones y el material producido para los mismos, constatamos que de ningún modo se incorpora una perspectiva de género. Más bien éstos programas reproducen una concepción tradicional sobre las tareas “femeninas”, en base al imaginario circulante que ubica a las mujeres de los sectores populares en la realización de tareas tendientes a contribuir al sostenimiento del entramado social. Esto se sustenta en el supuesto que desde las políticas públicas se tiene sobre las mismas, respecto a que ellas estarán “naturalmente predisuestas” a trabajar por sus comunidades y familias. Es por ello que se apela a convocarlas para realizar trabajo voluntario en pos de sus familias, desde una perspectiva de género tradicional.

Como sostiene Bustos (2009) en un análisis sobre las beneficiarias de planes sociales, “las mujeres asumen un rol en la gestión comunal basado en el abastecimiento de servicios de consumo colectivo (guarderías, comedores, copa de leche, salas de primeros auxilios, etc.) mientras que los varones generalmente tienen un rol de liderazgo en la comunidad más ligado a estructuras de poder institucionalizadas (sociedades de fomento, juntas vecinales, partidos políticos)”. Más que tratarse de un lugar buscado por las personas de sectores populares, es el espacio que se le otorga desde los distintos programas sociales a uno y otro género.

En nuestro caso de análisis, podemos tomar como ejemplo uno de los objetivos del programa “Madres en Red” que tienden a reproducir esa misma lógica patriarcal, donde las madres trabajarían desde el voluntariado para “Aportar al fortalecimiento de las familias, con acciones que favorezcan el desarrollo de la capacidad de acompañamiento y referencia para los jóvenes”.

En ninguno de los objetivos de los programas nombrados, se considera el favorecer la equidad de género, es decir, como podemos constatar aquí, se refuerzan valores preexistentes que restringen a las mujeres a actividades reproductoras, de cuidado, y no se discuten o ponen en tensión las desigualdades de oportunidades y de poder entre los géneros.

*Programas en curso durante la
Gestión Patricia Segovia*

1. Programa de Educación Preventiva
 - a. Docentes en prevención
 2. Jóvenes en Prevención
 - a. Subprograma Amor y sexualidad
 - b. Espacio Educativo
 - c. Animate a ser parte
 3. Consejo Consultivo Juvenil
 4. Programa de Intervención Comunitaria
 - a. Grupos de proximidad
 - b. Grupos de Autoayuda Bonaerense en Adicciones (GABA)
 - c. Voluntariado en Adicciones – Espacio para Madres y Padres
 - d. Operadores socioterapéuticos y de Calle
 - e. Proyecto “Arte, Cultura y Salud”
 5. Madres en Red
 6. Prevención en el Ámbito Laboral
 7. Centros Preventivos en Iglesias (CPI)
 8. Prevención en el Deporte
 9. Tabaquismo - Programa de Cesación Tabáquica
 10. FONODROGA
 11. Comunicación Institucional y Campañas de comunicación en Salud.
 12. Observatorio de vigilancia epidemiológica sobre el consumo de Sustancias psicoactivas.
 13. Regulación de la Oferta de Alcohol – Registro Provincial para la Comercialización de Bebidas Alcohólicas (REBA).
 14. Programa Provincial de Control de Alcoholemia
 15. Sistema de Atención a las Adicciones. (Ley 13595 sancionada en noviembre de 2006 - nunca se llegó a reglamentar).
-

6.4. El deterioro institucional

A partir de 2008, la Subsecretaría de Atención de las Adicciones atravesó cinco cambios de Subsecretarios/as acompañados/as cada uno/a de su propio gabinete incluyendo en muchos casos también a Directores/as Provinciales y de Línea. Asimismo en 2009 el organismo pasó de depender del Ministerio de Salud al ámbito del Ministerio de Desarrollo Social, para regresar nuevamente a comienzos de 2012 al Ministerio de Salud.

Estos cambios fueron vivenciados por los/as trabajadores/as del organismo, en el mejor de los casos, como una “situación desgastante”, ya que a cada gestión le llevaba un período de tiempo conocer el funcionamiento interno, para luego poder implementar su plan de trabajo (aunque en algunos casos ni siquiera llegaron a implementar una política propia). Este tipo de circunstancias son comprensibles cuando se prevé que una gestión dure entre dos y cuatro años, sin embargo, hubo subsecretarios que estuvieron de tres a nueve meses a cargo de la cartera de gobierno, es decir, que no pudieron alcanzar a cumplir un año completo de gestión.

Las siguientes tres administraciones (la primera a cargo de la Lic. María Graciela García, la segunda a cargo del Dr. Javier José Goñi Campagiorni y la tercera liderada por el Lic. Edgardo I. Binstock), no sólo no alcanzaron a definir una estrategia distintiva o diferente de las anteriores, produciendo escasos materiales y realizando acciones por la inercia de trabajo que los equipos traían de años anteriores, sino que durante este período la institución atravesó una crisis aguda, con un deterioro importante en la calidad de atención, sumado a un menoscabo tanto en infraestructura como en las remuneraciones al personal, falta de pago de alquileres de los centros, servicios de luz, gas, teléfono. Algunas de las comunidades terapéuticas no tenían insumos para alimentar a los/as usuarios/as que estaban internados/as y diariamente tenían que ser retirados/as por sus familias para alimentarse en sus casas y luego regresar al día siguiente, o en su defecto las comunidades recibían donaciones de vecinos/as y del personal para poder mantener el servicio.

Las medidas de fuerza de distinto tipo (paros, asambleas, marchas, etc.) fueron un rasgo distintivo de este período. Las asambleas del personal de la Subsecretaría fueron periódicas, en algunos casos eran convocadas por los sindicatos y en otros fueron autoconvocadas por los/as mismos/as trabajadores/as. En cada una participaban representantes de las regiones sanitarias donde distintos centros brindaban un informe de las malas condiciones en que estaban trabajando.

Se organizaron varios grupos de trabajo para elevar proyectos de gestión que pudieran hacer frente a la grave situación por la que atravesaba el organismo.

La Federación de Organizaciones No Gubernamentales (FONGA) denunciaba que la Subsecretaría adeudaba mensualidades a las ONGs, por las becas que recibían los/as pacientes derivados/as por la SADA. El monto por cada paciente en ese período era de 1250 pesos mensuales.

El primer indicio de deterioro, fue cuando la Lic. María Graciela García frente a la crisis institucional y al no contar con el presupuesto, ni con el respaldo del Ministro de Salud para poder llevar adelante su gestión, presentó la renuncia al año y cuatro meses de asumir. En ese momento la reemplazaría el Dr. Goñi, quien era Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud, y officiaría como interventor. Según declarara en los medios locales “la intención es cumplir con lo anunciado por Scioli en el marco de su discurso de apertura de sesiones ordinarias, en el que anticipó su intención de elevar el rango del área a secretaría, una

movida que implicaría que Adicciones salga del área administrativa del Ministerio de Salud” (Diario El día, 21-4-2009). Según explicó Goñi al diario El Día (21-4-2009) "me hice cargo por la acefalía en la que quedó el área y para comandar un período de trabajo en el que tenemos que construir y consensuar el proyecto que se enviará a la Legislatura para la reconversión del área".

Sin embargo, no se elevó el rango del área a Secretaría (como lo fuera en su creación) sino que se realizó un traspaso desde el Ministerio de Salud al Ministerio de Desarrollo Social. Esta transición fue iniciada mientras fue Subsecretario el Lic. Edgardo Binstock.

Recién cuando asume como Subsecretaria la Lic. Gabriela Torres, se pudo observar un cambio de paradigma en la política pública en materia de drogas, acercándose a una perspectiva de derechos humanos en el marco de los planteamientos que propone la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) sancionada a fines de 2010. No obstante, debido a que la crisis institucional fue de tal envergadura, extendiéndose por más de dos años, signada por un alto deterioro en la calidad de atención por falta de recursos humanos y materiales, decadencia de infraestructura, desgaste de los equipos, inercia de trabajo por falta de lineamientos, etc., produjo en el personal y usuarios/as de los centros un descreimiento tal, que a cualquier propuesta que se hiciera desde los/as funcionarios/as se le ofrecía resistencia. En este contexto, pese a que gran parte de las y los funcionarias/os de la gestión de Torres era personal de carrera de la Subsecretaría, y habían vivenciado las mismas situaciones de menoscabo organizacional que el resto de los/as trabajadores/as, incorporaron un nuevo condimento que convulsionó aún más la situación, éste fue la utilización en muchos casos de estrategias autoritarias de traslado de personal, descalificación de los equipos o de profesionales, cierre de servicios, etc., que terminó produciendo un efecto de fuerte rechazo hacia la gestión desde muchos sectores del organismo.

Mientras tanto el consumo de sustancias en la Provincia de Buenos Aires adquiría nuevas características, con un incremento del consumo de pasta base entre los sectores más vulnerables de la población, pero también llegando a los estratos medios; la toxicidad de las sustancias y la baja calidad de las mismas que generaba un mayor deterioro en la salud de los/as usuarios/as; las lógicas de nuevas formas y depreciación de los intercambios por drogas; el consumo de psicofármacos y los policonsumos donde el alcohol siempre tuvo un lugar constante, marcaban también un rasgo distintivo en esta etapa, que no contó durante un extenso período de tiempo con una respuesta sociosanitaria acorde y de calidad para abordar la situación.

6.4.1. Gestión María Graciela García

En 27 de diciembre de 2007 mediante el Decreto 262/07B se acepta la renuncia presentada por la Lic. Patricia Segovia y se designa a la Lic. María Graciela García como Subsecretaria de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones.

6.4.2. Gestión Javier José Goñi Campagiorni

En mayo de 2009 interinamente se designa como Subsecretario de Adicciones al Dr. Javier José Goñi Campagiorni por el lapso de tres meses entre el 8/5/2009 al 21/8/2009 en tanto se resolvía quién asumiría la dirección del Organismo.

6.4.3. Gestión Edgardo I. Binstock

El Lic. Edgardo I. Binstock en Septiembre de 2009 (Decreto: 1499/09) asume como Subsecretario hasta junio de 2010.

Fue durante su gestión que mediante el decreto 1625/09 del ejecutivo provincial se transfiere en septiembre de 2009 la Subsecretaría de Adicciones a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social.

La crisis por la que atravesó la Subsecretaría continuaba siendo registrada por los medios locales: “la Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA) atraviesa uno de sus peores momentos. Los propios empleados dicen estar a la deriva. Sostienen que no se les asignan tareas y denuncian atrasos en el pago de sueldos. Por otra parte, desde los CPA afirman que no pueden atender casos por falta de insumos, personal y por el pésimo estado de las instalaciones. Las organizaciones no gubernamentales, mediante las cuales se llevan a cabo las internaciones en centros de rehabilitación, advierten que están rechazando pacientes porque no perciben pagos por parte del organismo” (La Tecla, 2009).

6.4.4. Gestión Gabriela Alejandra Torres - ¿Hacia una transición?

En Julio de 2010 asume la Lic. Gabriela Alejandra Torres, extendiéndose su gestión hasta fines de enero de 2012.

Como comentamos brevemente ut supra, mientras la Lic. Gabriela Alejandra Torres se desempeñó como subsecretaria, observamos un marcado cambio de paradigma en la lectura de la cuestión social vinculada al consumo de sustancias, que se acerca a una perspectiva de derechos humanos, desde una concepción integral y su propuesta de intervención se centró en el plano comunitario.

Lamentablemente, el proceso de diseño del programa central “Familias en Red” que caracterizaría a su gestión, fue elaborado durante el primer año de mandato y recién fue presentado a los/as coordinadores/as regionales y distritales el 29 de julio de 2011, para luego ser transmitido a los equipos locales e implementado en los distintos municipios. Es decir, que recién un año después de asumir y seis meses antes de ser desplazada por la siguiente gestión, se presentó el programa que plasmaba las bases ideológicas de la nueva política referida a la intervención sobre el consumo de drogas. Como puede suponerse, ésta no llegó a ser internalizada por los equipos de trabajo ni tuvo el tiempo necesario de maduración para ser implementada en toda su magnitud.

A continuación repasaremos algunos elementos que permiten caracterizar esta propuesta, la cual fue presentada de la siguiente manera:

“en el marco de reconstrucción de un Estado que interviene en lo social como reparador de situaciones de sufrimiento y postergación de amplios sectores de la sociedad, promoviendo procesos de inclusión e igualdad de oportunidades, la transferencia de la Subsecretaria de Atención a las Adicciones a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social abre una nueva perspectiva donde las problemáticas asociadas al consumo aparecen como un síntoma social y su atención requiere de modelos de abordaje integral que contemplen las distintas dimensiones que configuran al sujeto como un ser biopsicosocial” (SADA, 2011).

Esta concepción de “síntoma social” vinculada a las problemáticas que se asocian con el consumo, es una explicación que no había sido considerada por ninguna de las gestiones anteriores. La misma se inscribe en el enfoque sociocultural, siendo que quienes defienden este tipo de discurso interpretan el síntoma no en términos psicopatológicos individuales como se haría desde el modelo psicosocial, sino vinculado a procesos sociales generalmente sujeto a la escasez de bienes y servicios, o a presiones de tipo culturales.

Si bien podemos coincidir con esta visión que justificaría el traspaso de la SADA al ámbito del Ministerio de Desarrollo Social, sin embargo, en la práctica se tradujo en una mayor desfinanciación de la Subsecretaría, debido a que no se priorizaron aquellas áreas dirigidas a atender los usos problemáticos de sustancias.

De modo tal que algunos de los funcionarios de la gestión sostienen que:

“las transformaciones sociales y económicas regresivas que se produjeron en las últimas décadas del siglo pasado en el marco del modelo “neoliberal” atentaron contra las posibilidades de que las familias se constituyan en espacios de seguridad, contención, estabilidad y previsibilidad degradándose la relación entre sus miembros, por lo que tienden a dispersarse y desarrollar estrategias individuales para resolver los problemas asociados a la supervivencia” (*Entrevista a funcionario, 2011*).

Es interesante la visibilización que realizan de las situaciones desfavorables de amplios sectores sociales producto del modelo neoliberal, señalándose el impacto diferencial que éstos colectivos han tenido en relación al consumo de sustancias.

Otra de las iniciativas que se impulsaron en este período fue la elaboración de un subprograma de prevención del uso problemático de drogas dirigido a población travesti-transsexual-transgénero, que desde una perspectiva de género pudiera garantizar una atención integral y de calidad, reconociendo las necesidades específicas en cuanto al género de esta población. Lamentablemente, pese a la gran cantidad de reuniones que se mantuvieron con ONGs. referentes de la población LGTBI⁸⁸, y que desde el programa se había llegado a preparar lineamientos de trabajo básicos para iniciar sus actividades, no contó con la decisión política necesaria para poder implementarse.

6.5. Conclusiones

Luego de haber presentado cada uno de los períodos de administración estatal de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones podemos sintetizar algunas cuestiones. En primer lugar, salvo la última gestión descrita, en el resto ha existido una continuidad ideológica que sustenta una actitud moralizante y estigmatizante de los/as usuarios/as de sustancias y sus familias, e incluso culpabilizadora y victimizante en relación a la situación de consumo.

Si bien, en algunos momentos desde el discurso de los/as funcionarios/as se valían de nociones más *aggiornadas*, incluyendo visiones que incorporaban el contexto socio político y cultural donde se desarrollan los consumos de sustancias, al profundizar el análisis en los contenidos de materiales tales como cuadernillos, folletería, cartelería; al igual que en los objetivos de los programas, etc., advertimos la persistencia de nociones reduccionistas, atomizadas, ahistóricas que marcan la estrategia utilizada en el abordaje de la temática. En muchos casos, encontramos el mismo contenido con un cambio en el diseño del material.

⁸⁸ LGTB: refiere a la población lesbiana, gay, travesti, transexual, transgénero, bisexual, intersexual.

Hemos descripto detalladamente materiales que asocian “droga = muerte”; que describen a la juventud como desviada, descontrolada, anómica que debe ser encausada, vigilada. A los/as usuarios/as como víctimas, esclavos/as, enfermos/as. Todos ejemplos, que remiten a los modelos ético-jurídico y médico-sanitario.

En ningún caso se utilizó una perspectiva de reducción de daños como modelo de prevención. Recién en la administración de la Lic. Gabriela Torres se comenzó a esbozar una estrategia de intervención, que concebía a los/as usuarios/as como sujetos/as de derecho, incorporando un enfoque integral en el abordaje. Se distinguió entre uso de drogas y uso problemático de sustancias, advirtiendo que no toda ingesta deviene en adicción.

En segundo lugar, se puede señalar una disminución progresiva de los recursos destinados al organismo. Pese a la creciente retirada del Estado, que como señalamos al comienzo de este capítulo se inicia en los '70 durante la última dictadura militar y llega a su nivel más alto en los '90 desatando la crisis sociopolítica y económica de 2001-2002⁸⁹, los comienzos de la Secretaría en 1993 contó con un capital económico que le permitió instalar una estructura descentralizada en la mayoría de los municipios de la provincia y elaborar insumos materiales como manuales, cuadernillos, cartelería, folletería, etc. que se distribuyeron no sólo en los centros de atención, sino en aquellas instituciones donde se desplegaba cada programa, de este modo llegó material a gran parte de establecimientos escolares, clubes, iglesias, empresas, etc. Asimismo, capacitó a los equipos contando con la presencia de personalidades distinguidas de Europa, impulsando eventos provinciales, y regionales de formación e intercambio.

Si bien en la administración del Lic. Claudio Mate se realizó una adecuación de la plaza de trabajadores/as, impulsando varias medidas ordenadoras, acorde con la estrategia de modernización del Estado. En las siguientes administraciones del organismo prácticamente se dejó de capacitar al personal. Más bien se trataron de “Foros y jornadas” de intercambio de experiencias, que si bien pueden ser de utilidad, no se compara con instancias formativas sustantivas que permitan mantener a los equipos actualizados frente a los nuevos desafíos que se presentan en el campo. En muchos casos también cesó la realización de reuniones regionales. Progresivamente disminuyó la edición de materiales. Hasta que en los últimos años el deterioro fue tan agudo que hasta se adeudaba el pago de alquileres donde funcionaban los centros, al igual que los servicios de luz, agua, teléfono, gas. La remuneración de los/as trabajadores/as se vio resentida. Todas situaciones que, en última instancia, repercutieron en la calidad de la atención.

En tercer lugar, hemos señalado la escasa o nula incorporación de la transversalización de la perspectiva género como una estrategia de Estado. Por el contrario, en la mayoría de los períodos aquí analizados se reforzaron visiones patriarcales sustentadas en modelos tradicionales de género. En ningún caso se promovió la equidad de género, ni se discutió o puso en tensión las desigualdades de oportunidades y de poder entre los géneros, sino que se reforzaron valores preexistentes que restringen a las mujeres y otras identidades feminizadas a ocuparse de las actividades reproductoras, de cuidado en el ámbito doméstico, mientras que se reconocen y promueven espacios de poder a los varones en el ámbito público. En ningún período se problematizó la coerción y violencia física, sexual y psíquica que en muchos casos circunda los consumos de sustancias (veremos en la tercera

⁸⁹ Hemos descripto este proceso en el capítulo 4 de la presente tesis.

parte de la tesis casos concretos al respecto). Tampoco se vinculó a los varones desde la vivencia de nuevas masculinidades. Excluye las prácticas sexuales no hegemónicas y a los diversos tipos de familias (con la excepción de la gestión de Amadeo donde se las contemplaba); pues ubica a la heterosexualidad y a la familia nuclear tradicional como la norma, deviniendo en discriminaciones, exclusiones y desigualdades intergenéricas e intergeneracionales.

Volveremos sobre estas cuestiones en los capítulos 9, 10, 11 y 12, al analizar en profundidad un servicio de tratamiento y evaluar la utilización de la perspectiva de género en el abordaje.

CAPÍTULO 7. ¿PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD?

Hasta el momento caracterizamos las diferentes administraciones de gobierno de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones teniendo en cuenta los distintos modelos de abordaje del uso problemático de sustancias definidos en el capítulo 5.

En el presente capítulo analizaremos cuáles han sido las connotaciones, discursos y prácticas que se han desarrollado respecto a la prevención del uso problemático de sustancias, teniendo en cuenta que para el abordaje de la misma, en los distintos momentos históricos de la Subsecretaría se ha hecho referencia a nociones tales como “participación social en salud”. Sin embargo al examinarlas detenidamente, entendemos que en muchos casos las argumentaciones y objetivos de los distintos programas no se condicen con las prácticas esperadas, ni con las necesidades de los/as posibles usuarios/as de los servicios, especialmente la de aquellos provenientes de los sectores populares.

Para indagar estas cuestiones, partimos de nuestra experiencia de campo en distintos barrios con poblaciones en situación de pobreza y extrema pobreza (descriptos en el capítulo 1) en el conurbano bonaerense, en el gran La Plata y en la ciudad de Rosario, para quienes la búsqueda de sustento material y económico es esquivo. Al igual que gran parte de las personas en tratamiento que entrevistamos, en el estudio de caso dentro de un hospital público especializado en la temática, que presentaremos en la tercera parte de la tesis, corresponden a sectores medios-bajos y bajos.

Al respecto sostenemos que la situación a la que se enfrentan y enfrentaron los sectores más desprotegidos de la estructura social, son producto de políticas estatales neoliberales, las cuales, al momento de definir sus estrategias de gobierno no tuvieron en cuenta la participación de los grupos a los que iban dirigidas dichas políticas, es decir, que no consultaron con las poblaciones sobre los resultados que podían llegar a tener sobre ellas, ni los modos de implementación menos perjudiciales para éstas.

Tal es el caso, que en la década del '90, las recomendaciones del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) apelaban a una atención en salud selectiva o focalizada, complementando la actividad profesional con la promoción de prácticas de autoatención en salud, la formación de agentes sanitarios/as y la conformación de voluntariado social, instaurando un tipo de participación, definida en términos de “participación social comunitaria” basada en el involucramiento de los/as actores sociales en el accionar, pero sin el poder en la toma de decisiones ni en el manejo de recursos, es decir, que fueron a engrosar los sectores de mano de obra barata y/o gratuita pero en ese caso para el abordaje de la salud.

El argumento para la promoción de tales estrategias esgrimido por los organismos de empréstito internacionales, era que con ellas se recuperaban las características socioculturales de los grupos en la atención de la salud. Sin embargo, en este capítulo trataremos de deconstruir cómo estas premisas, para los sectores populares, se constituyeron en una sobrecarga extra de “participación”, que se suma a la que

cotidianamente realizan para enfrentarse al acceso desigual a bienes y servicios, a la búsqueda de alimento, vestimenta, al “rescate de los pibes y las pibas” que consumen, etc.

7.1. Dimensiones ideológicas y prácticas de la participación social en salud

Entre los tópicos que una y otra vez emergen tanto en los discursos de funcionarios/as de la SPAA y la SADA, como en los documentos de cada una de las gestiones, han sido los de participación social, trabajo comunitario, intervención en el territorio.

Realizando una revisión de la bibliografía sobre el tema, llegamos a la conclusión de que bajo el término “participación” se agrupan propuestas muy heterogéneas. Y es importante destacar que no todas las propuestas que apelan a la participación la consideran de igual manera: en algunos casos puede ser entendida como un objetivo específico de salud, en otros como medio para la obtención de otros objetivos; en relación a los/as actores, por momentos o según los programas y gestiones, son concebidos/as como un recurso o mano de obra y/o como sujetos/as de cambio. Es decir que resulta fundamental definir a qué tipo de participación nos estamos refiriendo.

Podemos tomar como referencia la definición de Müller quien entiende a la participación como “el proceso que permite el desarrollo de la población, incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y ejerciendo el control compartido de las decisiones” (Müller, 1979: 26). Desde esta perspectiva, la participación equivale a procesos de reapropiación por la población, del conjunto de instituciones que regulan la vida social y los servicios que prestan (Paganini y Rice, 1989). “La participación es, básicamente, un proceso de intervención de las fuerzas sociales presentes en el desenvolvimiento de la vida colectiva. Intervenir significa incidir de algún modo en el resultado final de proceso. (...) Por esa razón, la participación pone en juego constantemente mecanismos de poder” (Velázquez, 1985: 14); aún más radical es la definición de Oakley quien la explica “como un proceso de adquisición de poder, en el sentido de acceso y control sobre los recursos considerados necesarios para proteger los medios de vida, y colocando el eje de las decisiones, en el saber y poder locales. Por lo cual la población no sólo debe ser consultada sino que debe intervenir en la toma de decisiones” (Oakley, 1999: 9).

Teniendo en cuenta estas premisas, podemos afirmar que la participación tiene tanto, efectos sobre los programas en términos de sus resultados en la salud de la comunidad, como sobre la vida social y política de la misma, los cuales deben ser evaluados. En ninguno de los dos niveles, la participación es neutra, y en consecuencia puede tener efectos positivos o negativos.

Ahora bien, acordamos con los planteamientos de Eduardo Menéndez (2006a), quien en la Introducción del libro *Participación Social ¿para qué?*, se pregunta ¿qué significa el uso de

nociones como “participación social” por instituciones y grupos como el Banco Mundial, organizaciones no gubernamentales críticas y no críticas, una parte del movimiento feminista, organizaciones internacionales y regionales de salud, los programas nacionales de lucha contra la pobreza?

Si bien muchas de las definiciones que desde estos distintos tipos de organizaciones son positivas, es necesario observar ¿qué es lo que se hace en la práctica con esas definiciones? Como ya hemos analizado en el capítulo 5 de esta tesis, una primera cuestión que señala Menéndez y otros autores como Scheper-Hughes (1992), Farmer (2000; 2003) y Castro y Farmer (2003), por nombrar sólo algunos/as, es que la toma de decisiones económico/políticas aplicadas en la mayoría de los países de América Latina a partir de la década de los '70, y en las cuales intervino un reducido grupo de personas –decisiones por lo demás consultadas a nivel internacional también con un reducido número de actores sociales-, tuvo y tiene consecuencias en esferas tan sustantivas de la vida cotidiana como el incremento de la desocupación y de la población en situación de pobreza y extrema pobreza, así como el sostenido aumento de las desigualdades socioeconómicas y de la concentración de la riqueza en pocos individuos.

No obstante, las decisiones que generaron estas consecuencias no se tomaron a nivel comunitario o barrial; más aún, la población no fue consultada, sino sólo informada después de ser aplicadas las medidas, aun cuando dichas decisiones iban a afectar profundamente las condiciones de vida en el nivel local de la mayoría de la población latinoamericana. Como sabemos, estas medidas afectaron la vida cotidiana de la gente, sin embargo, los colectivos no han podido intervenir en la toma de decisiones que impulsaron los ajustes estructurales.

Si bien los/as sujetos/as y conjuntos sociales que participan en los barrios, son parte de los procesos específicos donde ocurren la desnutrición, las violencias de diferente tipo o la extrema pobreza, y se ven obligados/as a actuar frente a estos problemas que son parte de sus vidas locales, dichos sectores no suelen ser los que generaron las condiciones que dan lugar a la existencia de estos problemas.

Las personas a nivel local son consultadas exclusivamente respecto del nivel local por la mayoría de los programas estatales, pero no respecto a aspectos estructurales y políticos ajenos a la comunidad, ni de las decisiones que toman los/as funcionarios/as fuera de la comunidad, salvo en períodos de elecciones.

Lo que sostenemos aquí es que, tomando de referencia la definición de partición de Oakley sobre participación, la población local no sólo debe ser consultada cuando ya están los problemas para ver cómo resolverlos, sino que ésta debe ser participe en la toma de decisiones inicialmente; siendo que en última instancia, las problemáticas actuales a la que las comunidades se enfrentan, son producto de las políticas neoliberales y de retirada del Estado.

Debemos asumir en toda su simplicidad que las denominadas estrategias de supervivencia o estrategias de vida, si bien pueden expresar la riqueza inventiva de los/as sujetos/as y conjuntos sociales subalternos para poder seguir viviendo –es decir, su papel de “agentes”-,

son estrategias que en su mayoría suponen procesos de autoexplotación personal y social y no sólo de tipo económico, generándose como respuestas a las condiciones impuestas por las decisiones tomadas por ciertos/as actores sociales fuera de los niveles locales.

Acordamos con Eduardo Menéndez en que la mayoría de la participación social en la que los/as sujetos/as y pequeños grupos gastan sus vidas, se realiza para enfrentar las consecuencias impuestas a sus vidas cotidianas por actores e instituciones ajenas a su localidad. Por lo tanto, la participación social constituye una condición necesaria de los sectores sociales subalternos para asegurar un mínimo de supervivencia (Menéndez, 2006a).

7.2. La población estudiada y su relación con la “participación social en salud”

Como señalamos anteriormente, la situación descrita hasta aquí es la que hemos observado una y otra vez en los distintos barrios donde realizamos trabajo de campo con usuarios/as de drogas, sus familias y vecinos/as, tanto en las “villas de emergencia” de Rosario, como en las del gran La Plata o en el conurbano bonaerense, cuyas condiciones de vida se ha descrito en los capítulos 1 y 4 de esta tesis, recuperando aportes de Nun (2000), Laurell (2000), Svampa (2005), Kessler (1996, 2003, 2015), Blajaquis (2011) y muchos/as otros/as. Es que además de la privación material, la pobreza comprende dimensiones subjetivas que van más allá del enfoque de subsistencia material (CEPAL, 2004; Batthyany, 2008: 195), pero donde la cuestión de poder cubrir el sustento diario de las familias pobres y extremadamente pobres, ocupa gran parte de la preocupación y el tiempo de los/as adultos/as e inclusive de los/as niños/as, mientras que para otros sectores esta cuestión no reviste tal apremio.

A esta situación se suma el hecho de que el consumo de alcohol y drogas de baja calidad hace estragos entre los sectores más bajos de la estructura social. Al igual que lo señalado por Bourgois (2010) con el crack para el caso de Estados Unidos, en nuestro país el paco, y el “combo” de psicofármacos mezclados con alcohol, cumplen la función de lo que él llama “*apartheid en el interior de la ciudad*”. En el sentido de una segregación territorial dentro de los municipios, que se consolida en el entramado de procesos hegemónicos de conformación de identidades e identificaciones. Allí donde las diferencias se objetivan y esencializan, se constata la producción de la otredad desde una dimensión espacial, marcando la diferencia de un nosotros y de un otro en torno a un territorio que se carga de un sentido moral negativo.

Se trata de aquellos asentamientos establecidos por fuera de la trama urbana que se fueron consolidando espontáneamente ante la falta de viviendas, que por lo general carecen de servicios públicos, vinculados además con las migraciones internas y de países limítrofes, pero también con aquellos nuevos pobres producto de las crisis socioeconómicas y las políticas de ajuste que atravesó la Argentina. El estigma que recae sobre sus habitantes se

establece en el marco de una pedagogía de la segregación, donde se identifican determinados colectivos depositarios de una carga valorativa negativa en el marco de esquemas normativos⁹⁰ hegemónicos, promovándose ciertos atributos de los conjuntos sociales y desaprobándose otros, por ejemplo donde todo lo abyecto y vergonzante de la sociedad se vincula con sus experiencias cotidianas. Allí operan también ciertas identificaciones diacríticas fenotípicas, que cobran sentido en un cuadro de jerarquía que se instituye además espacialmente.

Al igual que en EEUU, en Argentina “por prácticamente cualquier medida de bienestar económico o social disponibles, los grupos de población más explotados, que sufren de las más intensas formas de discriminación racial sistemática y segregación espacial son previsiblemente los que tienen la mayor proporción de adictos al crack” (Bourgois, 2010: 36) y en nuestro caso de paco o de sustancias de baja calidad.

Un día en la villa empezaron a vender paco y... se empezó a consumir en el barrio paco, y... ahí todo el mundo empezó a caer. Todo el mundo que andaba bien, cada vez peor, cada vez peor y bueno, se empezó, se empezó a ver un montón de vidas arruinadas, de toda mi generación, está toda arruinada, metida en ésta... en el paco. Dale y dale y dale y es constante y es, no importa cómo, hay que conseguir ese peso más.

.....

Y porque es así, está hecha así, el que la fabricó lo pensó y dijo, con esto me lleno de plata, y no se equivocó [Pablo, 30 años-Entrevista realizada en 2006].

Pablo nos cuenta el modo en que ingresó la PB “paco” al barrio, en el conurbano bonaerense, cómo fue penetrando en las redes de distribución de drogas ya existentes y cómo llegó para quedarse. Por su alta toxicidad y escasa duración del efecto narcótico, en la mayoría de los casos se desencadena un consumo intensivo de la misma.

De acuerdo a nuestra experiencia, podemos afirmar que esta es una práctica muy extendida como forma de introducir nuevas sustancias en el mercado, en este caso particular, la escasez de cocaína dio lugar a la divulgación de la nueva droga entre los/as usuarios/as: el “paco”. Por su supuesto escaso valor, a razón de una dosis por \$ 1 se conoció mediáticamente como la “droga de los pobres”. Sin embargo, los/as usuarios/as que entrevistamos señalan que en realidad por la dependencia que genera esta sustancia gastan más dinero que lo que invertían cuando consumían cocaína, debido a que la duración del efecto de cada dosis es muy reducida, y por lo tanto requieren mayor cantidad de droga.

Durante el período 2005-2006 en Rosario, donde realizamos parte de nuestro trabajo de campo, aún no se había extendido el consumo de pasta base en el barrio, pero sí existía un uso generalizado de inhalantes o sustancias volátiles, principalmente de “poxi”⁹¹. Desde el

⁹⁰ Expresión acuñada por Gino Germani como “el conjunto de valores y normas que definen las categorías (status), las áreas legítimas, esperadas o toleradas de participación y los mecanismos de asignación de los individuos a cada categoría” (GERMANI, 1980:71).

⁹¹ Se denomina así, por el diminutivo de la marca “poxi-ran”, a pegamentos de uso doméstico o industrial. Los vapores desprendidos por los inhalantes tienen efectos psicoactivos, que producen confusión y en ciertos casos alucinaciones (combinan efectos depresores inespecíficos y difusos sobre el Sistema Nervioso Central con efectos psicodislépticos) (Sánchez Pardo, 2004).

mediodía, pero principalmente por la tarde y noche veíamos a niños y algunas niñas con las bolsitas o latas de gaseosa “jalando”⁹² en los pasillos de la villa, o en los lugares de reunión como la canchita, el templo⁹³, e incluso en la puerta de la escuela. Y al ingresar al barrio a la mañana siguiente encontrábamos decenas de nuevas bolsitas con resto de pegamento tiradas, mezcladas entre la tierra y otros desechos en el suelo. Pero este consumo no era exclusivamente de los/as más pequeños/as, sino también de jóvenes y adultos/as que por supuesto también combinaban con otras drogas y alcohol.

No sé porque vienen, pero vienen cuando cocino. Usan la bolsa, por eso no están en sus casas. Del otro lado hay mujeres que usan las bolsas. La policía me conoce, le digo que los chicos no están haciendo nada. La policía me dice que los jóvenes van a la muerte, dice que no van a llegar a los 20 años. La policía deja tranquilos a los jóvenes porque están con la bolsita, no están choreando. A las 5, 6, 7 de la mañana está lleno de chicos y chicas de 10, 12 años. Si hay algún problema caigo yo por ser el dueño de la casa. También vienen chicas con sus hijos. Tienen guita porque manguean, toman cerveza y usan pegamento. Cocinan al lado de mi casa, yo los ayudo [Domingo, 63 años. Entrevista realizada en 2005].

Con el relato de Domingo podemos ejemplificar una de las formas de participación social que resalta Eduardo Menéndez (1998, 2006b): *personas y microgrupos espontáneos* que incluye a grupos domésticos, de pares, laborales, etc., en los cuales se generan básicamente actividades de autoatención. En todos estos conjuntos sociales la participación social opera en términos de curación, prevención, ayuda mutua, etc. a partir de actividades producidas espontáneamente, que supone la construcción y desempeño de roles específicos.

Estas formas de participación, reciprocidad y solidaridad se fueron consolidando en las redes de consumo, donde más allá de la ingesta, los/as usuarios/as encuentran un plato de comida, un espacio y distintas estrategias de cuidado como por ejemplo, la que nos contaba Domingo frente a la policía.

Sin embargo, con el ingreso de la pasta base se vieron trastocadas las formas de intercambios y lealtades, emergieron egoísmos, fragmentaciones, privatizaciones.

Si bien no podemos decir que el consumo de drogas sólo se desarrolla en los conjuntos sociales más pobres, se observa que las dificultades en estos barrios, en cuanto al acceso a los servicios de salud y educación, derechos sociales, civiles, culturales y económicos, marcan un cuadro de vulnerabilidad que no se repite en otros sectores más acomodados, y que el consumo de drogas impacta no sólo sobre el cuerpo de los/as sujetos/as sino también sobre las subjetividades, los afectos, las relaciones de amistad, familiares y comunitarias.

Como sostiene Caroline Moser (1996), cuando las comunidades se empobrecen, su reserva de capital social puede erosionarse, con lo cual resulta más difícil hacer frente a los problemas de deterioro de los servicios públicos.

⁹² Jalar: se denomina así al acto de aspirar los vapores de pegamento que se desprenden al inhalar y exhalar dentro de bolsas de nylon donde se ha depositado una dosis de pegamento. También se utilizan latas de gaseosas como alternativa a las bolsas.

⁹³ Templo de iglesia evangélica.

“Del mismo modo que la medicalización de la sociedad ha sido caracterizada como un proceso de expropiación de la salud (Ilich; 1975), la mercantilización del bienestar, y las nuevas formas de anudamiento (atomizaciones, desplazamientos, privatizaciones), producen (a través del consumo), nuevas economías y prácticas de intercambio, otros placeres y gratificaciones, nuevos sufrimientos, pérdidas y sujeciones. Este proceso se hace posible por el desmantelamiento de las formas tradicionales, generales y locales de producción del bienestar (trabajo, seguridad social, derechos sociales a la salud, justicia igualitaria, mecanismos de reciprocidad en contextos locales, vínculos sociales de soporte, cuidado y protección)” (Epele, 2010: 45-46). Algunas de estas nuevas lógicas pueden verse ejemplificadas en el siguiente relato de Eduardo.

Eh..., primero lo hacía con mi plata, trabajaba y..., consumía con esa plata... hasta que llegó un momento que después empecé a vender todo, iba con un par de zapatillas nuevo y..., venía con un par de zapatillas que me daban ahí, pedía un par de zapatillas, bue, las vendía, vendía buzos, camperas, remeras, eh..., lo que tenía. Eh..., después les empecé a robar a mis viejos, me llevaba cosas de mi casa. Cosa que con la cocaína no lo hacía, tomaba cocaína, después me tomaba una cerveza, o... me fumaba un porro y como que aplacaba las ganas de querer seguir tomando, y me iba a dormir. Con esto no, no, quería seguir fumando todo el tiempo, todo el tiempo, todo el tiempo, todo el tiempo. [Eduardo, 23 años Entrevista realizada en 2006]

Las transacciones de objetos por PB/paco, se volvieron moneda corriente. Todo tipo de objetos, hasta lo que tenían puesto entregaban para seguir consumiendo. Casi todos/as los/as informantes nos relatan estos nuevos modos de intercambio.

“El hecho de que se hayan convertido, en una práctica habitual y cotidiana, en un bien “transable” por drogas no es una cuestión sólo de orden cuantitativo de abundancia-escasez, sino que señala una disrupción, un cambio cualitativo en la economía de las transacciones” (Epele, 2010: 142).

Las zapatillas, que se habían convertido en un “símbolo”, que habían adquirido un valor de símbolo en la villa, en momentos de consumo intensivo también eran vendidas para poder seguir consumiendo.

Con la aparición del paco en el barrio, a partir de estas nuevas escalas en las prácticas y transacciones que hasta entonces eran marginales y/o excepcionales (Epele, 2010), se comenzaron a modificar prácticas cotidianas y códigos que antes eran inquebrantables. Por ejemplo los/as vecinos/as tienen que buscar nuevas formas de secar la ropa ya que como nos relata Elena, “*los paqueros se rastrean todo, se limpian la sogá*”, esta expresión refiere a que los/as usuarios/as literalmente se llevan la ropa de las sogas para vender o intercambiar por paco. E incluso los códigos que anteriormente se manejaban entre los/as vecinos/as se vieron alterados.

*Los paqueros están para atrás, (...) algunos se mandan presos entre ellos...
- ¿Cómo?*

Si le roban a alguno en el barrio, el dueño sale a buscar quién le afanó y los pibes le dicen: si me das 3 pesos te digo quién fue. Es cualquiera... [Florencia, 24 años, entrevista realizada en 2006].

Otra actividad que tendió a expandirse fue la de ser intermediario/a, entre quienes querían vender objetos y los/as que compraban esos objetos, y entre quienes querían comprar “base” y los/as “transas”. Ellos/as comenzaron a funcionar como mediadores/as para otros/as que no se animaban a entrar a la villa y por ese intercambio obtenían dinero para poder consumir.

Por otro lado, una práctica que merece especial atención, es aquella en la cual para sostener/financiar el consumo se intercambia sexo por droga. Sin embargo, en la era del paco, no sólo se ha producido un incremento de la misma, sino que el trabajo sexual se ha pauperizado, especialmente de mujeres y personas transexuales, aunque no exclusivamente. El canje de “*sexo por dos pacos*”, como nos relatan algunos/as informantes, es una práctica que se acrecentó y marcó una diferencia entre las paqueras y los paqueros, al tiempo que modificó el tipo de transacciones que existían con otras drogas.

Yo nunca robé, pero estuve con hombres algo que siempre me dio asco, pero por paco estuve con hombres. Andaba con hombres.

- ¿Cómo es eso?

Hacía calle por Constitución y tenía sexo con hombres, lo llegué a hacer hasta por tres pesos. [María, 32 años, entrevista realizada en 2006].

Esta práctica de intercambiar sexo por droga, aunque no es nueva en la historia del consumo de sustancias, adquiere modalidades nuevas, reduciendo el valor del trabajo sexual, al mismo tiempo que los clientes aprovechan esta situación sacando provecho de la nueva y abundante oferta sexual, donde por monedas se obtiene sexo.

Aunque no podemos profundizar sobre el asunto, ya que no es objeto de nuestra investigación, es preciso mencionar, como describimos en el capítulo 1, que la trata de personas para explotación sexual, en donde el consumo de sustancias adquiere un lugar relevante, comenzó a actuar con mayor mordacidad en nuestro país.

Las inéditas modalidades de intercambio, claramente marcan la diferencia y denuncian como nos dice María Epele (2010) las condiciones de abuso, explotación y objetivación extrema a la que las mujeres y otras expresiones genéricas desiguales⁹⁴ son sometidas, las más débiles en la cadena de circulación de drogas.

Sostenemos que aunque la pobreza afecta a hombres, mujeres, niños y niñas, ésta es vivida en lo cotidiano de forma distinta, en función de la posición de parentesco, la edad y el ciclo de vida, la etnia, y el sexo de las personas. Dadas las circunstancias de las mujeres, asociadas con su biología, sus roles de género y su subordinación culturalmente construida, ellas enfrentan condiciones desventajosas que se acumulan con otros efectos de la pobreza misma (Batthyany, 2008: 196).

⁹⁴ Nos referimos aquí a las personas que se identifican y autoperceben como travestis, transexuales, transgéneros, gays, lesbianas e intersexuales.

Cabe destacar que en el marco de las políticas neoliberales implementadas en nuestro país fundamentalmente en la década de los '90 y a pesar del deterioro y fragmentación del lazo social que este tipo de política desencadenó, aún en los barrios que estamos analizando, y en los contextos en donde se consume droga, continuaron funcionando redes sociales de apoyo, desde donde se dispensa y se reciben distintos tipos de servicios o bienes, estableciéndose relaciones de ayuda mutua, anclados en dos tipos de posibles lazos: de parentesco o de vecindad.

Por ejemplo, uno de los modos en que las ayudas son otorgadas a las/os usuarios/as de drogas en momentos en que el consumo es más intensivo, es el cuidado de los/as hijos/as por parte de algún familiar. Paula nos cuenta como su madre hace algún tiempo que se ocupa de criar a su hijo, ya que tanto ella como su pareja consumen y no pueden brindarle al niño lo que quisieran

Ahora ya no me pega igual, no es el mismo flash. (...) me da persecuta, me siento intranquila, siento que viene la policía o que van a llevarse a mi hijo, pero es puro mambo. Esto es como hace un año, es un bajón. No me pega como cuando empecé, y ya quiero dejar, pero no es fácil. Mi hijo por suerte está sanito, yo lo cuido, para que ni se cuelgue. Igual hace tiempo que vive con mi vieja.

- ¿Por qué no vive con vos?

Porque yo fumo y mi pareja fuma, no podemos ocuparnos, te colgás mucho..., mejor que esté con mi vieja, y nosotros lo vamos a visitar cuando podemos. Vamos seguido a verlo. [Paula, 29 años, entrevista realizada en 2006].

Otro tipo de intervención en donde se pone de manifiesto la existencia de capital social, de relaciones de parentesco o vecindad, en el sentido de participación social que hemos descripto al comienzo de este capítulo, es en ocasión de actuar para regular, detener o disminuir el consumo intensivo de drogas, apareciendo en escena parejas, familiares, amigos/as, ex-usuarios/as, operadores/as de alguna ONG, sacerdotes o pastores/as, entre otros/as. En estas circunstancias se pone en marcha un sistema complejo de saberes y prácticas heterogéneas que opera como una red de soporte informal para la reducción de daños, malestares y peligros a los que se enfrentan los/as usuarios/as.

Del mismo modo, aunque con la aparición de paco se halla erosionado un poco, entre los/as mismos/as usuarios/as se teje una suerte de malla de protección desde donde se combate “la fisura”

Este... por ahí no se acepta mucho la fisura..., digamos que vendiste tu zapatilla, eso... un poco se combate... viste que no...

-eh... como vas a vender tus zapatillas...!!!!

Y esas cosas, pero después, es...bastante, nosotros no somos jueces ni... dios. Estás sucio, estás sucio, eh... fuiste a robar... fuiste a robar...te prostituiste, te prostituiste. Acá se vino a fumar paco.

Esto que vos decís que no se juzga, pero por otro lado, hay cuestiones de ayudar al otro en algún sentido?

Y hay gente piola como en todos lados,

Y cómo son?

y... esos que no te dejan vender tu campera..., que no te dejan vender tus zapatillas, mas no podrían hacer, porque mas no podrían hacer por ellos, o sea... no te van a decir, bueno... vamos que te llevo a tal lado, no... porque ellos tampoco se pueden ir. O sea, también hay casos de que...

-che... loco, terminemos con esto, y arranquemos.

Y arrancamos juntos y nos fuimos. Y por ahí, de ahí salió algo bueno. Este... pero es muy difícil. Yo hasta ahora todos los que vi que se fueron, todos volvieron. Claro... que se rescatan, que la familia los mete en algún lado, que hacen algo por estar bien, 5 o 6 meses aparecen todos gorditos, limpitos, ropa nueva, y terminan flaquitos, todos zaparrastrosos todos con una mugre bárbara, otra vez igual. [Leandro, 27 años. Entrevista realizada en 2006].

Con todo, este modo de participación que realizan diariamente cientos de miles de personas en nuestro país, para sobrevivir a la pobreza extrema, y actuar frente a la “fisura” para “rescatar a los/as pibes/as”, no es la que desde los programas de la SPAA y SADA se contempla e impulsa. Y por lo tanto, a los sectores más desprotegidos del tejido social, se les impone desde fuera de lo local una sobrecarga de participación comunitaria extra, a la que cotidianamente realizan para subsistir y enfrentar los efectos que, también desde fuera, se impusieron desde las políticas neoliberales.

Es decir, que desde las políticas estatales, se les pide a los sectores populares que busquen las soluciones internas a los problemas (pobreza, desnutrición, uso intensivo de drogas, desocupación, falta de vivienda, etc.) que cada clase política y empresaria internacional y nacional les ha generado desde fuera.

Más aún, las propuestas en términos de políticas públicas para el abordaje del consumo de narcóticos dirigidos a estos sectores suelen pecar de idealismo y/o ingenuidad. El hecho de que iniciativas públicas aisladas o que apelen a eventos recreativos, lúdicos como únicos modos de remediar las dificultades de los sectores desfavorecidos en general y de los/as usuarios/as de sustancias en particular carece de sustento teórico y práctico, dadas las dimensiones estructurales de la opresión a la que se enfrentan los conjuntos sociales que hemos descrito, donde operan diversas formas de racismo y segregación territorial, junto a imperativos culturales que seccionan las clases sociales y subyugan a los que históricamente menos han tenido.

El Doctor en sociología Antonio Ugalde (1987), en su artículo “*Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica*”, tomando como ejemplo el proceso que se llevó adelante desde los proyectos de desarrollo agrícola y urbano en distintos países de América Latina, hace un paralelismo con la repentina emergencia de moda internacional sobre la participación comunitaria en salud.

Según explica, para el caso del desarrollo rural era claro que ningún gobierno en Latinoamérica disponía de los recursos exorbitantes necesarios para implementar una reforma agraria integral. Las estrategias para simplificar tales reformas y reducir sus costos tenían que ser diseñadas. Por lo cual, los programas de autoayuda fueron una respuesta

posible para bajar los costos extrayendo trabajo no retribuido. Sin embargo, la dimensión de la equidad jamás se planteó: es decir, ¿por qué se pedía a los pobres que construyeran la infraestructura física de los barrios, mientras las clases más ricas la tenían construida por el gobierno?

Las mismas cuestiones se plantean para el caso de las políticas de salud, por ello Ugalde se pregunta ¿por qué las agencias internacionales y de asistencia extranjera continúan impulsando y financiando programas para organizaciones comunitarias y/o participación?

Al respecto sugiere que:

1. La participación comunitaria ha sido utilizada como un vehículo para introducir los valores de la sociedad de consumo, incluso al mismo tiempo que provoca la destrucción de los valores locales. El mundo desarrollado se beneficia por la exportación de bienes de capital y la burguesía nacional con la explotación del/a trabajador/a “moderno/a”.
2. La participación comunitaria también se utiliza para la promoción de programas de autoayuda. La construcción a través de la autoayuda (un eufemismo de trabajo gratuito) de edificios escolares, centros de salud, y en los barrios de emergencia, el desarrollo de la infraestructura urbana, pueden liberar capital escaso que puede ser utilizado para trabajos infraestructurales adicionales que beneficien casi exclusivamente a las clases más acomodadas.
3. La organización comunitaria por parte de las agencias gubernamentales puede ser utilizada, y sucede frecuentemente, como mecanismo de control de organizaciones sociales, cooperativas y movimientos de masas por la cooptación de los/as líderes/as. Pueden ser atraídos/as por la concesión de favores, permitiendo y, en algunas instancias, estimulando la corrupción. La cooptación y, si es necesario, la violencia, neutraliza efectivamente a las organizaciones comunitarias no gubernamentales y a las organizaciones populares democráticas.

Coincidimos con Antonio Ugalde en que “la experiencia en Latinoamérica, de la participación comunitaria ha fracasado en mejorar la calidad de vida de las mayorías. Por el contrario, la evidencia sugiere que la participación de la comunidad produjo explotación adicional de los/as pobres por extracción de trabajo no remunerado, contribuyó a su empobrecimiento cultural y a la violencia política, por la expulsión y supresión de líderes/as y la destrucción de las organizaciones populares” (Ugalde, 1987: 271).

El balance negativo al que se ven sometidos los conjuntos sociales más desiguales se amplía entre los usuarios y las usuarias de drogas que por un lado, debido a los procesos de estigmatización a la que se ven sometidos/as, en muchos casos son excluidos/as de los programas de transferencia directa de recursos (planes sociales) y por otro, no cuentan con sistemas estatales en salud que contemplen la reducción de daños y riesgos, dado que, como discutimos en el capítulo anterior, los programas asistenciales que se despliegan desde la SPAA-SADA se sustentan principalmente en los modelos abstencionista, moral-jurídico y médico-sanitario principalmente, con algunos atisbos de incluir factores socio culturales al análisis pero no a las prácticas dirigidas a los/as consumidores/as y sus familias.

Esto lo desarrollaremos en mayor profundidad en la tercera parte de esta tesis cuando mostremos los resultados de un estudio de caso en un hospital público especializado en la atención de las adicciones, dependiente de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.

TERCERA PARTE

DISPOSITIVOS TERAPEUTICOS

Hasta aquí nos ocupamos de describir cómo se fue construyendo la gubernamentalidad (Foucault, 2006) en relación a los usos problemáticos de sustancias. ¿Qué saber-poder se instrumenta sobre los y las usuarios/as de drogas? ¿Cuáles han sido los procedimientos, reflexiones, ideología, elaboraciones teóricas y tácticas para operar sobre la población?

Como señalamos anteriormente, coincidimos con Gilberto Giménez en que el Estado a través de las políticas públicas es “la proyección institucional activa, operante (...) de las relaciones sociales existentes en una sociedad de clases” (Giménez, 1986: 50) reproduciéndolas, mediante mecanismos de poder que “garantiza, apuntalan y tutelan dichas relaciones” (ídem: 50).

De las estrategias de prevención dirigidas a las poblaciones de sectores populares nos ocupamos en el capítulo 7. Hemos recuperado autores como Ugalde y Menéndez, que señalan cómo las políticas selectivas de salud han operado, en Latinoamérica desde los años 70 hasta el presente, con una lógica de extrema sobrecarga dirigida hacia los colectivos más desfavorecidos de la estructura social. Utilizando la noción de “participación social” -perspectiva con la cual la SPAA-SADA se ha embanderado-, se argumenta que los grupos se apropiarían de las acciones a implementar. Sin embargo, poco se consulta a la población sobre la dirección o definiciones de dichas políticas, ni de la efectividad de las mismas, no circula el saber-poder, siendo que además, la situación de desigualdad a la que son sometidos/as ha sido generada desde fuera de lo local. En la misma operatoria se les adjudica la responsabilidad de resolverlo desde lo local. Esta modalidad de gubernamentalidad, que perpetúa y reproduce las desventajas a nivel colectivo, actúa al mismo tiempo en lo que Foucault llama el “gobierno de sí”.

En esta tercera parte de la tesis, centraremos la mirada sobre las usuarias y los usuarios de sustancias que acceden a los dispositivos terapéuticos de la SADA. La misma está organizada en seis capítulos.

En el capítulo 8 “Caracterización de la población asistida en la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aries”, se presentan los resultados de un análisis estadístico que presentamos junto con el Lic. Rodrigo Altamirano en las IX^o Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población organizadas por el Instituto Gino Germani⁹⁵, sobre la base de los datos registrados en 78.269 históricas clínicas de las personas que estuvieron en tratamiento entre 1997 y 2007 en los distintos Centros de Atención de la SADA.

Una de las cuestiones que se pretende destacar en el capítulo, es la importancia que desde la perspectiva de género tiene la desagregación y análisis de los datos estadísticos según sexo. Esta afirmación no intenta igualar ambas categorías (género y sexo), sino que en función de contar con determinadas fuentes de datos producidas por organismos estatales, se pueda superar el clásico análisis de datos⁹⁶ y se tenga como objetivo de mínima la interpretación

⁹⁵ Presentado en las IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Económicas, UBA. 2011.

⁹⁶ Tablas univariadas de frecuencias y porcentajes.

de los mismos desagregados por sexo, y posteriormente poder aportar otra serie de indicadores que puedan arrojar luz sobre aspectos relativos al género.

En esta oportunidad tomando como punto de inflexión la crisis socioeconómica por la que atravesó el país en 2001-2002, el análisis estadístico nos permitió caracterizar las diferencias existentes entre mujeres y varones en las prácticas de consumo, tipos de drogas utilizadas, edades de inicio, drogas principales por las cuales realizan el tratamiento, etc. dando cuenta de los cambios ocurridos antes y después de los avatares sociopolítico-económicos de principios del segundo milenio.

En los capítulos 9 y 10 se focaliza en las representaciones y prácticas de los/as usuarios/as en relación a las motivaciones que los/as llevaron a iniciarse en el consumo y permanecer en él; a los modos en que perciben el riesgo ligado al uso de sustancias y aspectos vulnerables diferenciales en mujeres y varones. Asimismo, los costos familiares y sociales para cada género. Por otro lado se describen los modos de padecer, consultar y transitar diferencialmente los tratamientos por uso problemático de sustancias.

En el capítulo 11 se caracterizan las representaciones y prácticas del equipo terapéutico en relación a la incorporación de una perspectiva de género en la atención, al igual que las evaluaciones que realizan sobre los/as “pacientes”, los dispositivos que se ofertan, y los elementos que pueden atentar o facilitar accesibilidad ampliada al tratamiento.

En el capítulo 12, se evalúan los grados de integralidad y equidad de género por un lado, mediante una encuesta dirigida a los equipos de salud de la SADA, aplicada en 6 regiones sanitarias de la Red de Atención de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención de Adicción de la provincia de Buenos Aires, y por otro, se realizó una adaptación de los instrumentos de indagación de la “Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN)” que la Dra. Débora Tajer y equipo, crea en el marco de la investigación “Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud” Programación UBACyT 06/09, para ser utilizadas en el Hospital de referencia de nuestro estudio.

En el capítulo final, se plantean las conclusiones y recomendaciones para políticas e intervenciones en la atención de adicciones; para la formación de recursos humanos en salud y para la investigación en salud.

CAPÍTULO 8. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ASISTIDA EN LA SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Posicionándonos en lo que se ha dado en llamar “epidemiología social” (Yankauer, 1950), en este capítulo se presentan los resultados de un análisis descriptivo de carácter histórico de la población en tratamiento en la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.

De acuerdo con Nancy Krieger, la epidemiología social, “se distingue por su empeño en investigar explícitamente los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos. Para emprender esta tarea es necesario prestar atención a las teorías, conceptos y métodos que permiten esclarecer las íntimas relaciones existentes entre nuestros cuerpos y el cuerpo político” (Krieger, 2002: 480).

En la década de 1980, “surgen en Europa y en América Latina abordajes críticos de la Epidemiología, como reacción a la tendencia a la “biologización” de la salud pública, reafirmando la historicidad de los procesos de salud-enfermedad-atención y la raíz económica y política de sus determinantes” (Goldemberg, 1982; Laurell y Noriega, 1989; Breilh y Granada, 1986; Breilh, 1989; citado por Almeida Filho y Rouquayrol, 2007: 19).

Desde esta perspectiva, que permite obtener una descripción general de la población en estudio, realizamos un análisis sobre la base de 78.269 registros remitidos desde los Centros Provinciales de Atención de Adicciones (CPA) entre 1997 y 2007. Para el examen se tomaron en cuenta las variables incluidas en tres de las cinco dimensiones utilizadas en las fichas de Historia Clínica Social que registra el movimiento de pacientes de la SADA.

Desde 1997 en los CPA se registran datos de las personas que ingresan a tratamiento por consumo de sustancias psicotrópicas. La información es relevada a través de una Historia Clínica Social que se completa en las primeras entrevistas de admisión. Aunque desde esa fecha, el relevamiento y remisión a la sede central de la Subsecretaría es de tipo obligatorio, en la práctica existe un subregistro o subremisión de la información requerida. Esto indica que la información aquí analizada, si bien es representativa del total de usuarios/as atendidos/as en cada centro, no se corresponde con el 100% de las personas asistidas en los diez años analizados. En este sentido, en distintos momentos de la década estudiada, la tasa de información remitida se ha comportado de forma variable según diversas circunstancias de índole institucional.

El instrumento de registro clínico social se divide en cinco bloques o dimensiones. La primera dimensión se trata de los “Datos de Identificación” que incluye código y clasificación del centro asistencial, región sanitaria a la que pertenece, código del/la usuario/a y fecha de ingreso; la segunda dimensión corresponde a los “Datos personales y sociales”, comprende las variables de edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, situación laboral, tipo de convivencia, estructura familiar y causas judiciales pendientes. La tercera

dimensión de “Datos toxicológicos”, incluye variables de edad de inicio de consumo, droga inicio, droga principal, tipo de consumo, lugar de consumo y existencia de tratamiento previo. La cuarta dimensión de “Datos psicológicos”, abarca las variables conciencia de enfermedad, vínculos con la realidad y tipo de diagnóstico. Por último, la quinta dimensión es la de “Datos Médicos”, que agrupa información sobre la existencia o no de cuadros de sobredosis, tipo de seguimiento médico recibido, realización o no del test de VIH con su respectivo resultado y utilización de preservativo.

Como señalamos más arriba nuestro análisis se realiza sobre las primeras tres dimensiones que contiene el instrumento de registro. Tal decisión fue tomada debido a que al indagar las definiciones que desde el organismo Estatal se construyeron para guiar a los/as profesionales en la clasificación de los/as usuarios/as, dentro de las dimensiones de tipo psicológico y médico, pudimos constatar que no existía una precisión conceptual que permitiera diagnosticar y sistematizar la presentación casuística. Esta vaguedad terminológica presente en las dos últimas dimensiones de la ficha de Historia clínica social, se constituye en una falla de tipo metodológica que invalida su utilidad analítica.

Cabe aclarar que, de acuerdo a los cambios que presentaron los instrumentos de relevamiento durante la década examinada, se debió unificar y homogeneizar las variables, construyendo una base de datos consistente, a fin de obtener la serie histórica sobre la cual operar.

Primeramente, mediante técnicas de estadística descriptiva, caracterizamos aspectos sociodemográficos y toxicológicos de la población y las fluctuaciones que presentaron en el período.

En un segundo momento, aplicamos técnicas de ordenación multivariada para detectar configuraciones entre las dimensiones que permitan identificar patrones de consumo en función del género, la edad y los cambios sociopolítico-económicos acaecidos en el país a comienzos del siglo XXI.

Se utilizó la técnica de análisis factorial de correspondencia (AFC) que analiza las relaciones de interdependencia entre variables. El AFC permite descubrir afinidades entre dos conjuntos de variables, presentados en forma de tabla de contingencia, tanto de frecuencias como de valores medios. Para facilitar la interpretación, además de los resultados numéricos del análisis, se realiza una representación gráfica de los factores. Así, si el punto correspondiente a la primera categoría de una de las variables está mucho más próximo en el gráfico al punto correspondiente a la primera categoría de una segunda variable que a los puntos de las demás categorías de esta segunda variable, diremos que entre esas dos primeras categorías existe una correspondencia mayor que en los otros casos. En relación a los soportes informáticos, se utilizó el paquete estadístico Statistica 7.0 para el procesamiento de la información.

8.1. Características sociodemográficas de la población estudiada

8.1.1. Composición por edad

La composición etaria de las/os usuarias/os en tratamiento está distribuida del siguiente modo: el 18,4 % es menor de 18 años, el 35,3 % tiene entre 18 y 24 años, el 27,8 % tiene entre 25 y 34 años y el 18,5 % tiene 35 años y más.

En cuanto a la distribución de edad por sexo, el 23,3 % de las mujeres en tratamiento es menor de 18 años, 27 % tiene entre 18 y 24 años, el 22,2 % tiene entre 25 y 34 años y el 27,5 % tiene 35 años y más. Por su parte el 17,8 % de los varones son menores de 18 años, el 36,6 % tiene entre 18 y 24 años, el 28,5% tienen entre 25 y 34 años y el 17,3 % son mayores de 35 años.

En el Gráfico 1 mostramos la fluctuación y tendencia en la distribución porcentual de la población según rangos de edad (personas menores de 17, de 18 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 49 años, de 50 a 74 años, y más de 75 años).

El comportamiento de la distribución etaria en la década analizada, muestra que el grupo de edad más numeroso al inicio de la misma (1997) es el de 18 a 24 años, la proporción de usuarias/os de ese rango de edad era de 41,8%, y al final de la serie (2007) 29,9 %, esto muestra que proporcionalmente la gente que se incluye en este subgrupo etario disminuyó en casi un 12 %.

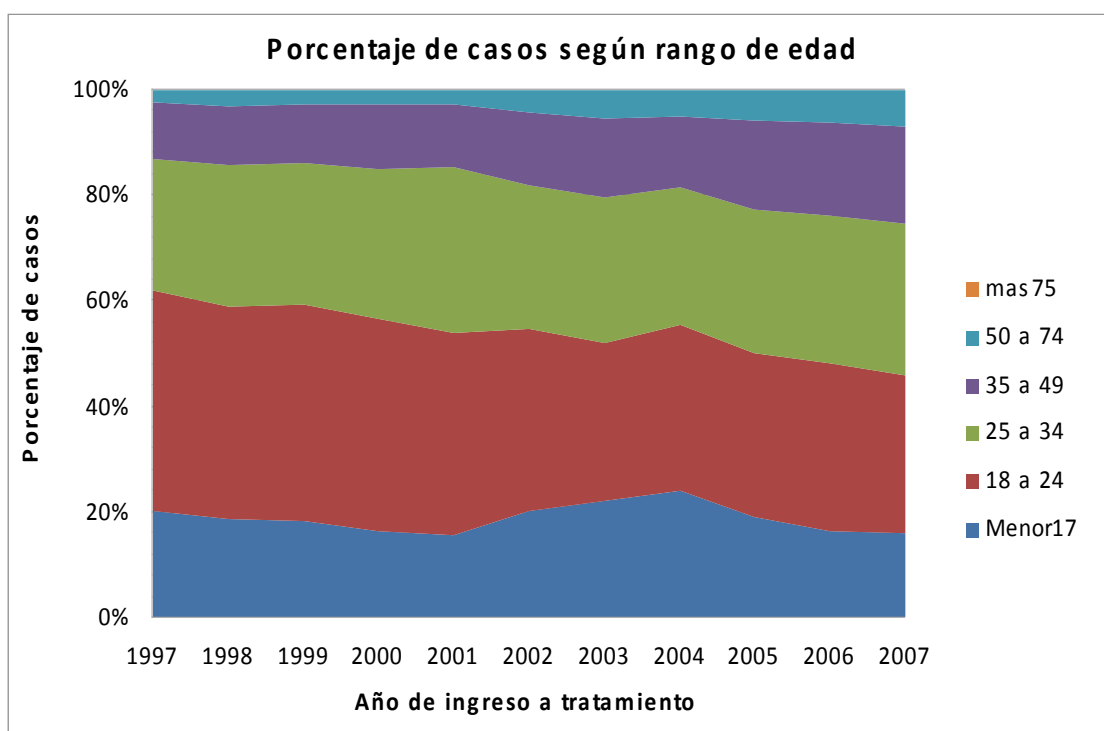


GRÁFICO 1: porcentaje de casos según rango de edad. Elaboración propia, en base a datos de la SADA.

Inversamente en el rango de edad de 35 a 49 años la proporción de usuarias/os aumenta aproximadamente un 9 %, siendo al comienzo de la serie 10,6% y al final 18,3%.

Otro grupo de edad que aumenta, aunque en menor proporción (4,4%), es el de 50 a 74 años.

En relación al rango de personas menores de 17 años se observa un comportamiento cíclico en la concurrencia a tratamiento; en 1997 el porcentaje de este grupo era de 20,3%, luego disminuye hasta alcanzar, en el 2001, un 15,5%, esta reducción es seguida por un pico de aumento hasta el 2004, siendo el 24,3 % de las personas en tratamiento en ese año, para luego volver a disminuir a 16,1 % hacia el final de la década analizada.

8.1.2. Composición según sexo

Tomando el total de consumidoras/es atendidas/os en los CPA⁹⁷ durante el período, el porcentaje de mujeres asciende a 11,3 % y de varones a 88,7 %. Como se puede apreciar en la Ilustración 16, concurren a tratamiento 1,1 mujeres, cada 8,9 varones.

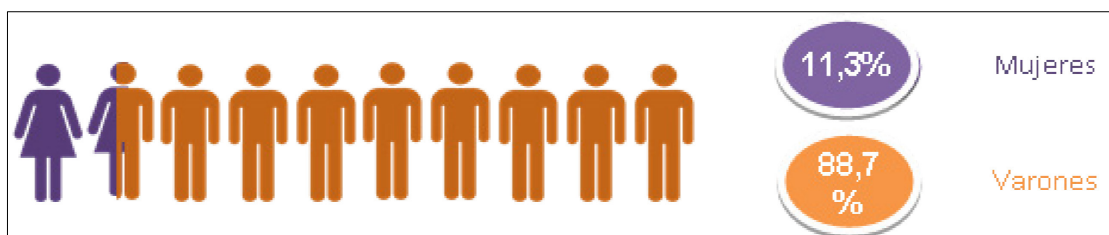


Ilustración 15: infografía que representa la razón mujer: hombre que concurre a tratamiento. Elaboración propia, en base a datos de la SADA.

En el siguiente gráfico 2 mostramos la fluctuación de pacientes según sexo que concurrió a lo largo de la serie histórica analizada. Mientras que la cantidad de mujeres en tratamiento ronda los 1000

⁹⁷ CPA: Centros Preventivo Asistenciales, denominados de esta manera durante la gestión del Dr. Juan Alberto Yaría, o con el cambio de denominación a Centros Provinciales de Atención a las Adicciones una vez que fue absorbida por el Ministerio de Salud.

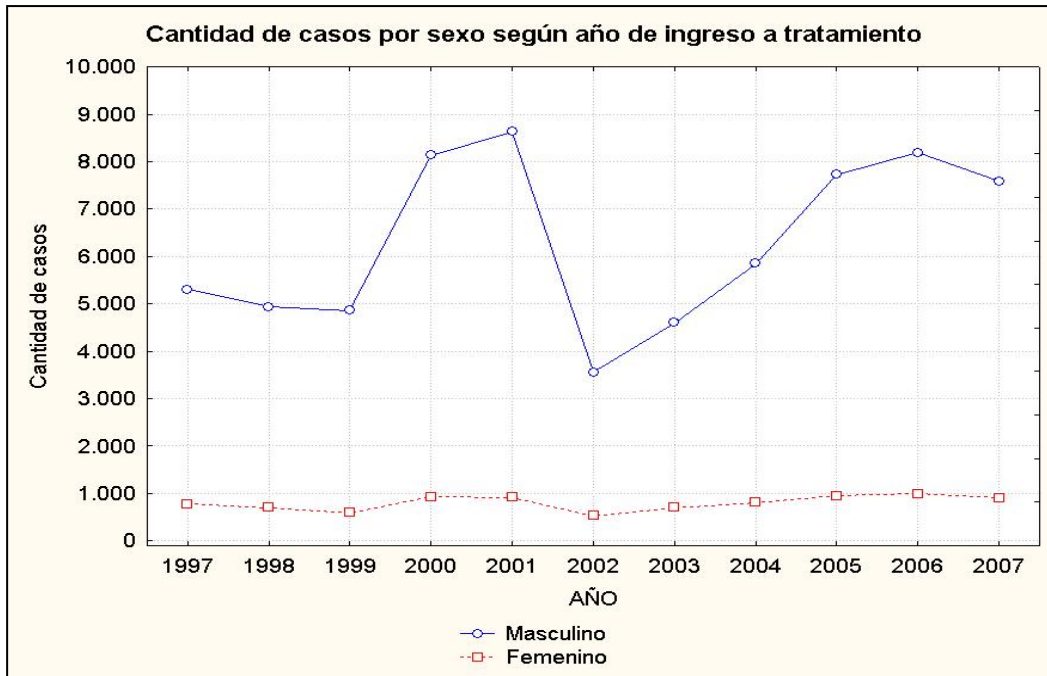


Gráfico 2: cantidad de casos por sexo, según el año de ingreso a tratamiento. Elaboración propia, en base a datos de la SADA.

casos anuales, en los varones ha sido más variable, observándose un pico de concurrencia entre el año 2000 y 2001, disminuyendo abruptamente en 2002 y recuperándose la accesibilidad hacia el final de la serie estudiada.

8.1.3. Composición por ocupación

Del gráfico 3 se desprende que durante los años previos a la crisis 2001-2002, la condición laboral predominante en la población atendida era desocupada. En los años posteriores a la crisis la situación ocupacional se presenta de manera similar entre trabajo fijo, eventual, nunca remunerado,

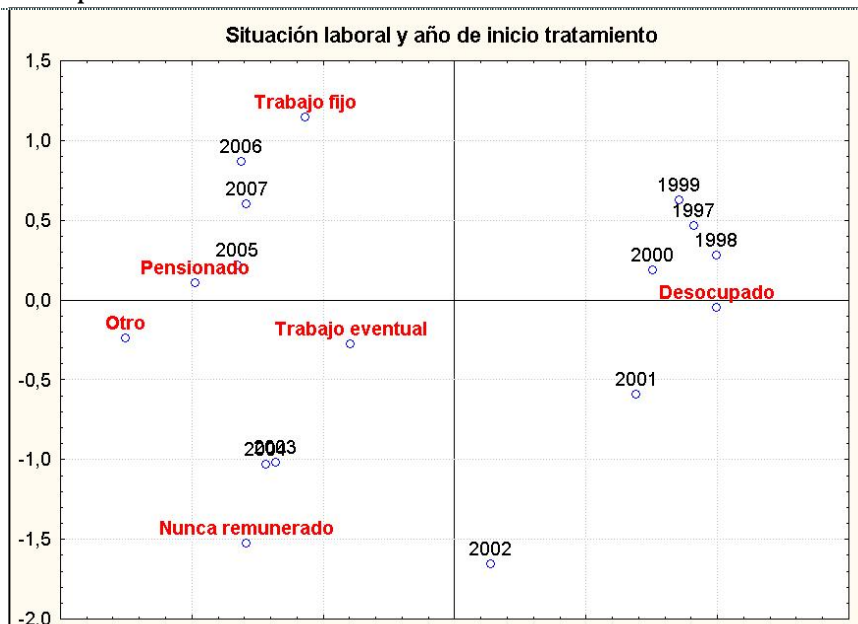


Gráfico 3: situación laboral según año de inicio de tratamiento. Elaboración propia en base a datos de la SADA.

pensionado y otros.

8.1.4. Composición por nivel educativo

El nivel educativo de la población en tratamiento es similar entre mujeres y varones. La mayoría tiene secundario incompleto (39.8 %), le sigue primaria completa (28.5 %), luego primaria incompleta con 14.9 % y Secundario completo con 9.8 %, el resto de los niveles educativos agrupa en cada caso alrededor del 1%.

Nivel educativo	Masculino	Femenino	Total
Analfabeto	1,0	0,7	0,9
Lee y escribe	0,9	0,9	0,9
Primario incompleto	15,1	13,0	14,9
Primaria completa	29,3	22,2	28,5
Secundario incompleto	39,9	39,5	39,8
Secundario completo	9,3	14,1	9,8
Terciario completo	1,3	3,8	1,6
Terciario incompleto	2,2	4,3	2,4
Otro	1,0	1,5	1,1
Total	100	100	100

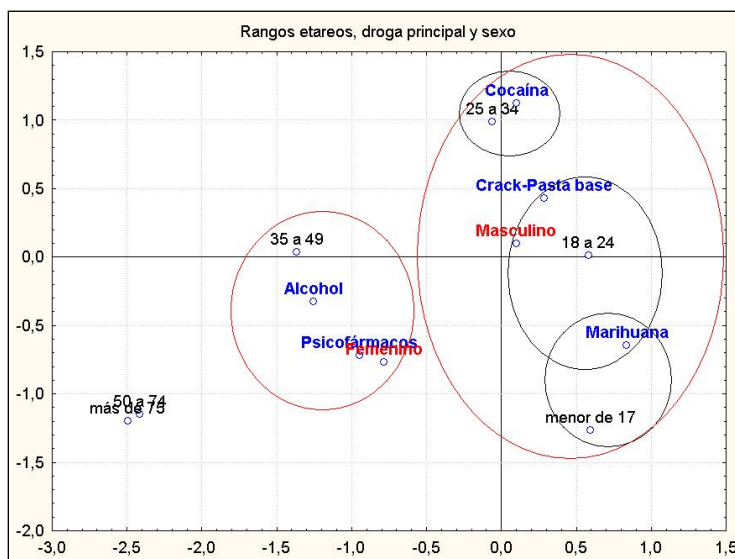
Tabla 5: nivel educativo de la población en tratamiento. Elaboración propia en base a datos de la SADA

8.2. Identificación de grupos asociados de acuerdo a las variables de edad, sexo y período socioeconómico

Antes de pasar a la identificación de los grupos, queremos aclarar que, si bien en la Historia clínica social, las categorías de droga consumida incluye tabaco, alcohol, psicofármacos, marihuana, cocaína, crack-pasta base, volátiles, opiáceos, heroína, éxtasis, alucinógenos y anfetaminas, para un mejor análisis, se seleccionaron las siguientes sustancias por ser las más prevalentes y representativas de la población en estudio: alcohol, cocaína, marihuana, psicofármacos y crack-pasta base.

8.2.1. Caracterización de la población en relación al grupo etario, sexo y sustancia consumida.

El análisis de correspondencia entre sexo, grupo etario y droga principal (gráfico 4), muestra por un lado, un ordenamiento horizontal de los grupos de edad, ubicando a los mayores hacia la izquierda y a los más jóvenes hacia la derecha. A su vez se separan horizontal y verticalmente las diferentes drogas principales con los rangos etarios y el sexo al que aparecen asociadas. Se destacan



dos grandes grupos, uno de varones, compuesto por el subgrupo de menores de 17 años

Gráfico 4: identificación de grupos, cruzando edad, sexo y sustancia consumida. Elaboración propia en base a datos de la SADA.

que consumen como droga principal marihuana, el segundo subgrupo de varones de 18 a 24 años que consumen en igual medida marihuana y crack-pasta base y un tercer subgrupo de sexo masculino donde la cocaína se presenta fuertemente asociada al grupo de 25 a 34 años; un cuarto grupo se caracteriza por relacionar a las mujeres adultas (35 a 49 años y más) con el consumo de psicofármacos y alcohol. En resumen, las variables de sexo y edad marcan diferencias en relación a las sustancias preferidas por los distintos grupos identificados, correspondiendo a las mujeres los grupos de edad adulta asociados al consumo de psicofármacos y alcohol, mientras que los varones representan los grupos más jóvenes consumiendo principalmente las drogas ilegalizadas.

En el gráfico 5 mostramos las relaciones entre droga principal, sexo y la presencia o no de combinación de sustancias definidas en términos de monoconsumo o policonsumo. En el mismo puede identificarse un eje vertical que divide por un lado el perfil monoconsumidor (a la derecha) asociado al consumo principal de alcohol y psicofármacos por parte de las mujeres; y por otro lado, varones con un perfil policonsumidor (a la izquierda) cuya droga principal de consumo es marihuana, cocaína y crack-pasta base.

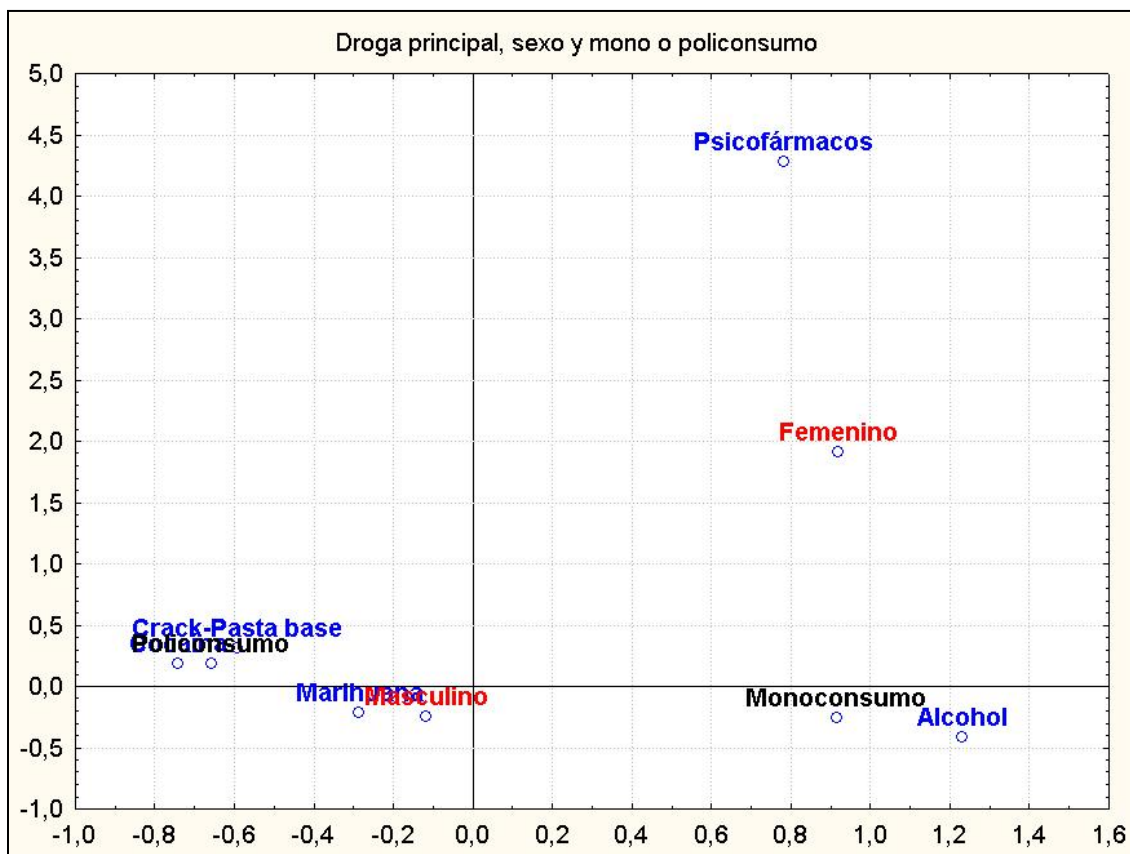


Gráfico 5: identificación de grupos cruzando sexo, droga principal y combinación de sustancias. Elaboración propia en base a datos de la SADA.

El gráfico 6, da cuenta de la relación existente entre la droga de inicio y la sustancia principal por la cual consultan para iniciar tratamiento. De las cinco drogas principales que venimos analizando, en todos los casos coincide con la droga de inicio utilizada. Esta asociación es más evidente en el alcohol y psicofármacos, que como vimos anteriormente se asocian con una práctica de monoconsumo. En el caso de las otras sustancias pueden haberse iniciado con otras drogas

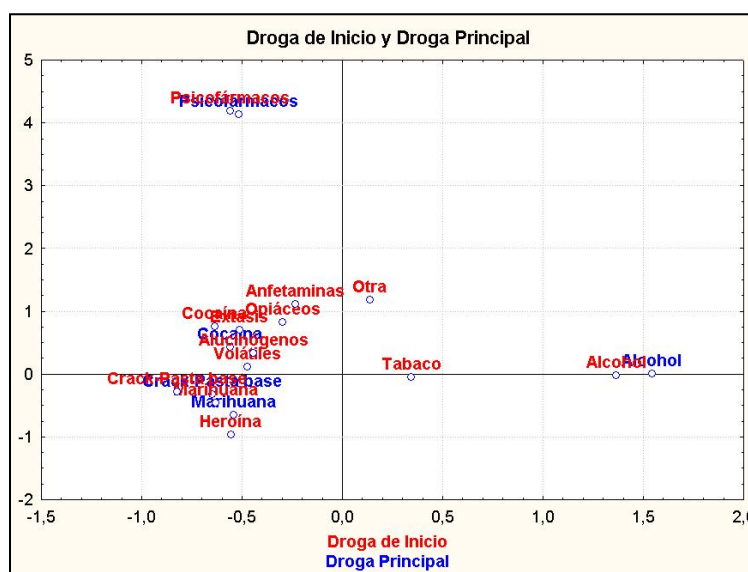


Gráfico 6: relación entre droga de inicio y sustancia principal por la que concurren a tratamiento. Elaboración propia en base a datos de la SADA.

aunque siempre está asociada la droga principal de consulta.

De acuerdo a los datos de sustancia de inicio y su relación con la droga principal por la cual consultan, podemos destacar es que la hipótesis del “alcohol como puerta de entrada para el consumo de otras drogas” no se ve representada en la población que concurre a tratamiento en la Provincia de Buenos Aires.

A continuación analizamos el tiempo transcurrido desde que una persona se inicia en el consumo hasta que consulta para comenzar el tratamiento. El gráfico 7 identifica para cada tipo de droga el tiempo transcurrido hasta el inicio de la atención (utilizando mediana, rango intercuartílico y el tiempo en años mínimo y máximo sin casos raros).

De las sustancias que venimos analizando hasta el momento, observamos por ejemplo, que en las/os usuarias/os de marihuana el valor mediano del tiempo transcurrido para iniciar tratamiento es de 4 años, siendo que el 50 % central de estos/as consumidores/as tarda entre

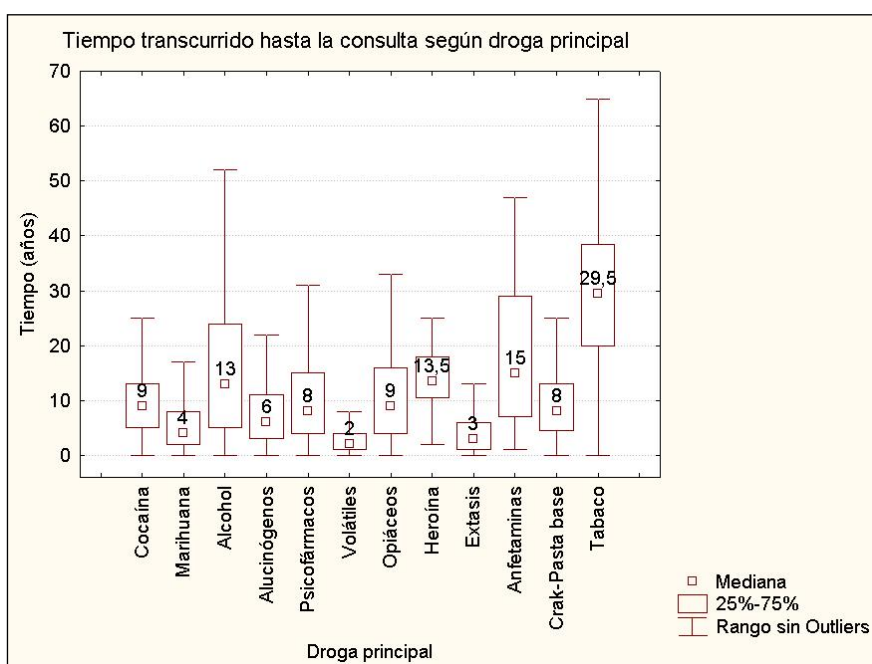


Gráfico 7: tiempo transcurrido hasta iniciar tratamiento según la droga principal de consumo. Elaboración propia en base a datos de la SADA.

2 y 8 años en hacer la consulta. Le siguen los grupos de consumidoras/es de psicofármacos y crack-pasta base con 8 años representados en la mediana. Para los/as que consumen cocaína el valor mediano de demora es de 9 años, siendo los/as consumidores y consumidoras de alcohol quienes más tiempo esperan hasta iniciar tratamiento (mediana de 13 años).

8.2.2. Caracterización de la población en relación al período socio-económico

En el gráfico 8 puede verse como los años analizados se relacionan a distintas categorías de Droga Principal conformando una serie de grupos temático-temporales. El grupo A vincula el consumo de cocaína como droga principal con los años 1997 a 1999; el grupo B vincula a los años 2000-2001 con el consumo de psicofármacos; el grupo C que se extiende entre los años 2002 a 2004 se corresponde con el consumo de marihuana; el grupo D se asocia al

año 2005 con el consumo de alcohol; mientras que los años finales de la década en estudio,

2006-2007, se despegan para buscar la presencia del crack-pasta base.

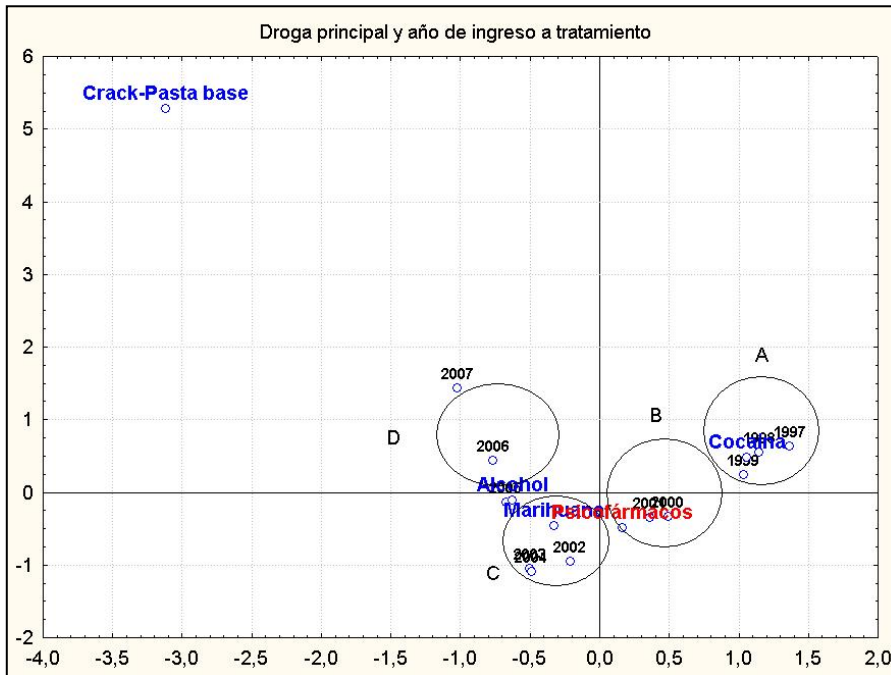


Gráfico 8: relación entre droga principal y año de ingreso a tratamiento. Elaboración propia en base a datos de la SADA.

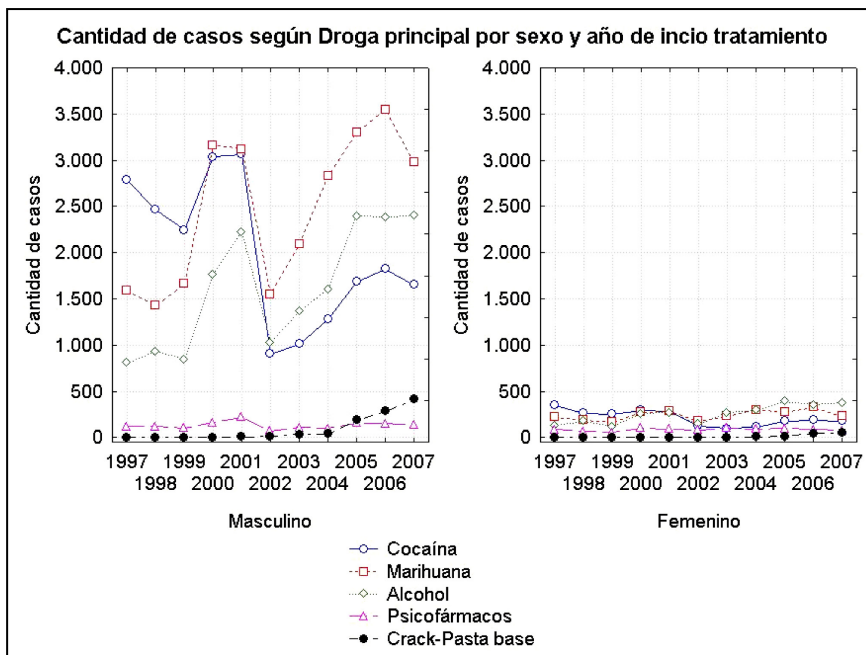


Gráfico 9: cantidad de casos registrados según sexo, droga principal de consumo y año de inicio de tratamiento. Elaboración propia en base a datos de la SADA.

En el gráfico 9 mostramos la cantidad de casos por sexo, según la droga principal de consulta y el año de inicio a tratamiento. Del mismo se desprende, por un lado, y como señalamos al comienzo de este capítulo, la elevada proporción de varones que concurren a tratamiento en relación a las mujeres. Por otro lado, permite señalar que las drogas

principales consumidas antes del 2002 cambian en la etapa siguiente.

Con respecto a los varones, la sustancia más consumida como droga principal en el período de precrisis era la cocaína, en segundo lugar la marihuana y en tercer lugar el alcohol. Luego de la crisis se invierte la preponderancia de la droga principal utilizada, siendo la marihuana la primera sustancia, el alcohol la segunda y en tercer lugar queda la cocaína. En los últimos años de la serie emerge lentamente la consulta para tratamiento asociada al consumo de crack-pasta base.

La elección de psicofármacos como droga principal permanece prácticamente constante a lo largo de la serie analizada, ubicándose en cuarto lugar hasta el 2005 que es superada por el crack-pasta base.

Las mujeres en tratamiento durante la precrisis utilizaban como droga principal las mismas sustancias y en la misma distribución que los varones, sin embargo luego de la crisis la droga más consumida es el alcohol, seguida de la marihuana y en tercer lugar la cocaína.

Cabe destacar que como vimos anteriormente en los análisis de correspondencia, el consumo de psicofármacos es una de las sustancias que se asocia a las mujeres, ya que aunque ocupa el cuarto lugar, el consumo de estas sustancias es cinco veces mayor que en los varones.

En el gráfico 10, se presenta la relación entre droga principal de consumo y dos etapas socio económicas diferenciadas, cuyo punto de inflexión se da en la crisis acaecida en la

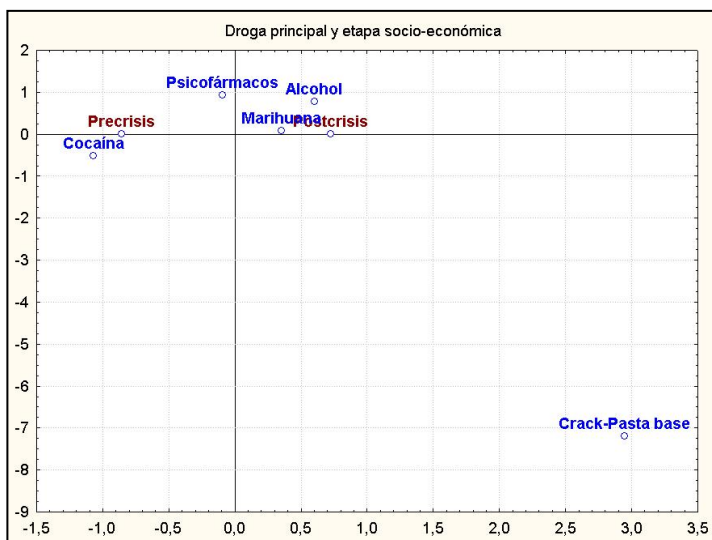


Gráfico 10: relación entre droga principal y periodo sociohistórico. Elaboración propia en base a datos de la SADA.

Argentina en 2001-2002, es decir, que se puede observar un cambio en la droga elegida antes y después de la crisis.

El eje horizontal representa el tiempo. A la izquierda se ubica el período precrisis, es decir antes del 2001-2002, en el cual resalta la estrecha relación con el consumo de cocaína como droga principal. Este dato se corresponde con las descripciones de los/as usuarios/as participantes en nuestra investigación, quienes relatan que el consumo de cocaína se expandió en la década del '90

(Ver apartado 9.2.2. infra). El período postcrisis (a la derecha) cobra más preponderancia por un lado el consumo de marihuana, pero fundamentalmente de alcohol, al mismo tiempo emerge la consulta para tratamiento de usuarias/os de crack-pasta base. La posición externa/ortogonal que tiene el consumo de psicofármacos con respecto al eje horizontal lo

ubica como un tipo de consumo independiente a los periodos socioeconómicos analizados, o sea que, la ingesta de este tipo de sustancias no se ve afectada por la crisis.

Otro de los indicadores que se registra en la Historia Clínica Social es lo que denominan “estructura familiar”. Al indagar qué parámetros se brinda a los/as profesionales para esta medición, concluimos que tal categorización no se sustenta en criterios medibles fundados teóricamente. Esto se desprende de la revisión del instructivo que se distribuye en cada CPA para completar el formulario. En el mismo se explicita que la “estructura familiar indica el tipo de relación de la familia del/la paciente, con el/la paciente y/o tipo de sistema, referida a sus progenitores” (SADA, 1999: 3). Está dividida en 01) Estructura familiar contenedora; 02) Estructura familiar abandonada; 03) Ausencia de estructura familiar; 98) otros; 99) desconocido” (SADA, 1999: 3). Cabe destacar que estas subcategorías no están explicadas en el instructivo.

Pese a que consideramos que se trata de un indicador que no tiene asidero teórico, quisimos observar cómo se comportaban estas variables al cruzarlas con el año de inicio de tratamiento. Observamos que los registros realizados por los profesionales respecto a este ítem caracterizaba a los/as pacientes que concurrían antes de la crisis socioeconómica con un tipo de familia “sin estructura” y luego de la crisis el tipo de familia que se identifica oscila entre “contenedora” y “abandonada”. Llama la atención la tipificación tan marcada en los primeros años de la muestra con un tipo de familia “carente” de estructura. Una posible explicación que nos surge es que la asociación se deba a la representación estigmatizante que los/as profesionales de la Subsecretaría tenían en los años 90 de los tipos de familia que poseían sus “pacientes” y no a un análisis sistémico familiar de las mismas, ya que el instructivo no brinda elementos de análisis claros. De todas maneras el despejo de este interrogante amerita otro tipo de indagación que excede los objetivos del presente trabajo. Por otra parte, urge una recategorización de lo que se entiende y evalúa en la Estructura familiar, como por ejemplo podría aportarlo el Modelo Circumplejo Tridimensional de Olson (MCO-3D) (Olson, 1991).

8.3. Conclusiones

De los resultados presentados podemos sintetizar características diferenciales presentes según sexo, edad y etapa sociopolítica económica por la que atravesó la Argentina.

Las características predominantes asociadas a las mujeres son:

- La proporción femenina que concurre a tratamiento ha sido hasta la actualidad significativamente menor que la de hombres. Es un dato importante ya que trataremos de visibilizar en los capítulos siguientes que en ellas opera en mayor medida barreras de accesibilidad al tratamiento.
- Prevalencia de consumo de sustancias legalizadas (alcohol y psicofármacos). Una de las hipótesis es que la mujer es vista como más débil a enfrentar dificultades, por lo cual se

le suele indicar psicofármacos paliativos, que luego son utilizados, sin prescripción médica.

- Monoconsumo.
- Grupo etario predominante de 35 a 49 años.

En el caso de los varones las características observadas mayoritariamente son:

- Prevalencia de consumo de sustancias ilegalizadas (marihuana, cocaína, crack-pasta base).
- Policonsumo
- Las edades predominantes van desde menores de 17 años a 34 años.

En cuanto a las características de la población presente antes de la crisis (2001-2002) se destaca que:

- la sustancia más consumida como droga principal en el período era la cocaína, en segundo lugar la marihuana y en tercer lugar el alcohol, este comportamiento era igual en mujeres y varones.
- la condición laboral predominante en la población atendida era desocupada.
- la familia de los individuos en tratamiento era caracterizada como sin estructura.

Luego del 2002 las características de la población asistida cambian:

- en relación a la preponderancia de la droga principal utilizada existe diferencia por género. En los varones la marihuana es la primera sustancia, el alcohol la segunda y en tercer lugar queda la cocaína; mientras que en las mujeres la droga más consumida es el alcohol, seguida de la marihuana y en tercer lugar la cocaína.
- la situación ocupacional se presenta de manera similar entre trabajo fijo, eventual, nunca remunerado, pensionado y otros.

CAPÍTULO 9. UN ESTUDIO DE CASO SOBRE LA ATENCIÓN DE USUARIOS/AS DE DROGAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En los últimos años, investigaciones realizadas en distintos lugares del mundo han develado desigualdades importantes entre mujeres y hombres respecto al acceso a los servicios, calidad de la atención, cuota de gasto en salud, balance entre contribuciones y compensaciones en relación con el cuidado de la salud, y participación y representación en la toma de decisiones. Por ello, podemos afirmar que las políticas sanitarias no afectan de la misma manera a las mujeres que a los hombres. Tales hallazgos han llevado a que el tema de la equidad de género en salud esté convirtiéndose en un área clave de preocupación plasmada en tres importantes cumbres internacionales como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994; la IV Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en 1995 y la Cumbre del Milenio (Organización Panamericana de la Salud -OPS- y Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2008).

Asimismo en nuestro país, las políticas de atención de usuarios/as de drogas hasta el momento no han desarrollado estrategias sistemáticas que incorporen la perspectiva de género en los tratamientos, que sean coherentes con principios éticos de derechos humanos. Siendo necesario identificar la presencia de distintos tipos de barreras de accesibilidad en los servicios de salud, y en nuestro caso particular en los dispositivos de atención por uso problemático de sustancias.

En la segunda parte de la tesis analizamos cómo las diversas concepciones sobre el consumo de sustancias, han dado lugar a la construcción de modelos explicativos y de abordaje y cómo estos discursos hegemónicos permitieron la definición de lineamientos que se expresan en las políticas en materia de drogas en la Provincia de Buenos Aires. Es decir, que en el capítulo 6 analizamos los aspectos teóricos que guiaron la política. En el capítulo 7 discutimos la noción de participación social en salud que desde las políticas estatales se esgrimen y las consecuencias que tales concepciones tienen sobre la población destinataria.

En el capítulo anterior describimos desde la epidemiología social las características de la población asistida por la SPAA-SADA. En los siguientes capítulos nos interesa analizar cómo esos discursos hegemónicos operan en la atención, para ello realizamos un estudio de caso donde describiremos aspectos cualitativos de dicha población.

Los resultados de investigación que aquí presentamos, contó con el apoyo de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación. En el mismo, indagamos el proceso de salud/enfermedad/atención en un Hospital Zonal, especializado exclusivamente el abordaje del uso problemático de drogas dependiente de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, a fin de evaluar cómo el género opera en las representaciones y prácticas de los/as trabajadores/as de salud y los/as usuarios/as en relación a la “accesibilidad ampliada” al tratamiento por uso problemático de sustancias y cómo éstas pueden afectar a la equidad en la calidad de la

atención, actuando como limitantes en la implementación de prácticas de salud que incluyan una perspectiva de integralidad y equidad de género en el tratamiento de mujeres y varones.

El estudio de carácter exploratorio-descriptivo, se basó en el método etnográfico utilizando técnicas de observación directa no estructurada, observación participante y entrevistas semiestructuradas en profundidad a profesionales y usuarios/as de sustancias en tratamiento. A fin de identificar desde los/as usuarios/as diferencias de género en relación a las *motivaciones* en el inicio del consumo y la permanencia en él, la *percepción de riesgo* sobre cada sustancia y el *estado de vulnerabilidad* frente a ellas, así como la *experiencia de padecimiento*⁹⁸ y la *gestión de tratamiento*⁹⁹, por otro lado analizados la *accesibilidad inicial y ampliada*¹⁰⁰.

Pese a la cantidad de investigaciones que se producen sobre la problemática, en nuestro país hay una suerte de vacancia no sólo en abordajes desde la perspectiva de género, sino también en el análisis de la “adherencia” al tratamiento o en la observación del acceso ampliado a los servicios de asistencia y rehabilitación por consumo intensivo de drogas.

Uno de los pocos trabajos es el del Observatorio Argentino de Drogas (2009) que realizó un estudio sobre la “Evaluación de Programas de Tratamiento”. Su objetivo fue relevar, sistematizar y analizar información pertinente y suficiente para detectar el grado de eficacia de los tratamientos provistos a los/as “pacientes” subsidiados/as en instituciones de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires que tienen convenio con la SEDRONAR. En dicha evaluación estiman que la finalización de un tratamiento “expresa que la persona estableció una relación por alrededor de un año con una institución encargada de proveerle una serie de recursos orientados a construir o reconstruir un entorno dañado por el consumo abusivo de sustancias psicoactivas. También, implica que el/la paciente logró completar el tiempo que la normativa considera necesario para su rehabilitación” (OAD, 2009: 129). En dicho estudio se sostiene que “transcurridos dieciséis meses de otorgado el subsidio, es esperable que todos/as los/as pacientes hayan agotado la totalidad de la prestación. No obstante, (...) los resultados indican que **sólo 3 de cada 10 pacientes lograron el alta del sistema de subsidios**, la inmensa mayoría por agotamiento de la prestación” (OAD, 2009: 66). Más del 25% de éstos/as recibió prórrogas para completar la rehabilitación y, también, un cuarto de ellos/as interrumpió su tratamiento al menos en una oportunidad antes de completarlo (OAD, 2009: 129-130).

Como discutimos y señalamos en el capítulo 2, apartado 2.7 respecto a nuestra postura crítica en relación al concepto de adherencia, preferimos analizar cualitativamente las barreras de accesibilidad ampliada. En este estudio de caso, apuntamos a contribuir a la

⁹⁸ Ver nota al pie n° 32. Capítulo 2.

⁹⁹ Ver notas al pie n° 33, 34 y 35. Capítulo 2.

¹⁰⁰ Desde una perspectiva de derechos la noción de accesibilidad ampliada permite analizar cuáles son las barreras y oportunidades para que un/a consumidor/a de sustancias, una vez que accede al dispositivo asistencial, pueda permanecer en él recibiendo una terapéutica adecuada a sus necesidades y padecimientos, con criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en la atención.

evaluación de los factores que por un lado, intervienen en la permanencia de los/as usuarios/as en el tratamiento por uso de sustancia, y por otro, en identificar los elementos que puedan atentar al alcance de equidad en la atención de salud desde una perspectiva de género.

Como veremos, a partir de los modos en que mujeres y varones construyen su experiencia del padecimiento, las formas de transitar el tratamiento y la relación que se establece entre los/as usuarios/as de sustancias y los/as equipos de salud, se pueden observar distintos grados de accesibilidad ampliada.

Asimismo para evidenciar los diferentes grados de integralidad y equidad de género presentes en los dispositivos de atención, adaptamos la escala de integralidad y equidad de género que Débora Tajer (directora de esta tesis) y su equipo (2012) elaboraron en base a la escala de medición que Ana María Costa (2004) construyó para evaluar el impacto del Plan Integral de Salud de la Mujer de Brasil.

Ambos instrumentos se inscriben en los principios de participación, humanización, integralidad, prevención, confidencialidad y privacidad expresados en la Plataforma de Beijing de 1995, a la cual suscribe nuestro país (Tajer, 2012). Para nuestro caso de estudio se realizaron las modificaciones pertinentes a fin de cumplir con los objetivos de investigación.

9.1. Descripción del campo

Como señalamos más arriba, el presente estudio de caso, se llevó a cabo en un hospital público especializado en la atención para personas que consumen drogas y/o alcohol.

El trabajo de campo propiamente dicho, implicó una etapa previa de preparación del acceso a la institución. Durante el diseño de la investigación, mantuvimos varias reuniones con el Director del Hospital y con quien en ese momento era la Jefa del Servicio. Con ambos discutimos y acordamos los alcances y limitaciones de la investigación, ratificando su apoyo y consentimiento para la concreción del estudio.

Realizamos observación participante durante 9 meses, desde el 15 de mayo de 2011 al 15 de febrero de 2012. En un primer momento desarrollamos exclusivamente en la sede central del Hospital, donde se despliega una modalidad de tratamiento ambulatorio. A medida que avanzamos en la caracterización de las instancias terapéuticas brindadas, resolvimos ampliar el campo de indagación al segundo tipo de dispositivo, que brinda un servicio de carácter semiresidencial (en una subselección ubicada a una cuadra de distancia de la sede central), en el cual los usuarios (al momento de realizar el trabajo de campo eran exclusivamente varones) concurren al establecimiento de lunes a viernes de 8 a 16 hs. Dicha decisión la tomamos en función de los objetivos de la investigación, considerando el interrogante sobre la influencia de la oferta terapéutica en la accesibilidad ampliada de los/as usuarios/as.

El proceso de indagación incluyó instancias de observación con distintos grados de participación en grupos terapéuticos, entrevistas de ingreso, reuniones de equipo y sala de espera. Además realizamos entrevistas individuales semiestructuradas de aproximadamente 1 h. a 1,30 hs. de duración a un grupo compuesto por los/as integrantes del equipo terapéutico, en total 13 entrevistados/as, y otro grupo compuesto por 29 usuarios/as de sustancias que se encontraban en tratamiento. Además de las entrevistas mantuvimos conversaciones informales y/o no estructuradas con los/as distintos/as agentes de salud y personal administrativo, que permitieron caracterizar los dispositivos terapéuticos y discutir sobre las representaciones en torno a la accesibilidad ampliada del tratamiento, posibilitando caracterizar y debatir el abordaje de género.

9.1.1. Universo o población objetivo

El universo de estudio estuvo integrado por las y los usuarias/os de drogas que se encontraban en tratamiento y las/os trabajadoras/es del sistema de salud de un Hospital Zonal Especializado en la atención de adicciones de la ciudad de la Plata, Provincia de Buenos Aires, entre el mes de mayo de 2011 al mes de mayo de 2012.

9.1.2. Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión

En cuanto a las unidades de análisis, los criterios de inclusión y de exclusión fueron:

- Mujeres usuarias de drogas (mayores de edad o menores de edad con autorización de padre/madre/tutor/a o representante legal) que se encontraban en la etapa de tratamiento en el Hospital. Es decir, que se excluyeron a aquellas usuarias que se encontraban en la fase de admisión y las menores de 18 años en tratamiento sin consentimiento.
- Varones usuarios de drogas (mayores de edad o menores de edad con autorización de padre/madre/tutor/a o representante legal) que se encontraban en la etapa de tratamiento en el Hospital. Es decir, que se excluyeron a aquellos usuarios que se encontraban en la fase de admisión y los menores de 18 años en tratamiento sin consentimiento.
- Trabajadores/as del sistema de salud del Hospital (mayores de edad), ya sean profesionales con experiencia en el abordaje de la temática de al menos 2 años, en ésta u otra institución de similares características. Se excluyeron de la muestra a los/as trabajadores/as que no cumplieron estos criterios.

9.1.3. Consideraciones éticas

Si bien en las distintas etapas de indagación que conforman esta tesis la participación de los/as sujetos/as fue de carácter voluntaria, confidencial y anónima; durante el trabajo de

campo dentro del Hospital Zonal Especializado, del cual nos ocupamos aquí, estuvo enmarcado en una Beca de Investigación en Salud Pública Carrillo-Oñativia de la Comisión Nacional Salud Investiga de Presidencia de la Nación, por lo cual el protocolo de investigación fue sometido a referato y contó con la aprobación del Presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital San Roque de Gonnet (La Plata) y del Jefe del Servicio de Docencia e Investigación del Hospital San Roque, ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires.

En ese caso confeccionamos un Documento de Consentimiento Informado y solicitamos a cada persona entrevistada que avalara su colaboración en el estudio en forma fehaciente, mediante la firma de dos copias de igual tenor de dicho documento, siendo además firmadas ambas copias por la tesista como responsable de la investigación. Una copia fue entregada la persona entrevistada y otra fue resguardada como comprobante por la investigadora. A tal fin elaboramos especialmente dos instrumentos, uno dirigido a los/as usuarios/as de sustancias y otro a los/as trabajadores de salud del Hospital.

Previamente a la firma del mismo, los/as participantes fueron informados/as mediante la lectura de los objetivos y etapas del estudio, la intención de publicar los resultados, la no interferencia en el desempeño de sus funciones dentro del Hospital, para el caso del personal sanitario, y el no entorpecimiento en el buen desarrollo del tratamiento, para el caso de las personas que estaban siendo asistidas en el nosocomio.

Asimismo, otro de los datos que constaron en el escrito, fueron los nombres, teléfonos y domicilio de contacto de las personas responsables del estudio, y la explicitación de la Ley 25.326 (de Protección de Datos Personales).

En aquellos casos en que los/as individuos eran menores de edad, solicitamos que dicho consentimiento sea autorizado fehacientemente por el padre, madre, tutor/a o responsable legal, mediando previamente el consentimiento por parte de la persona menor de edad.

Tomamos las precauciones para que el consentimiento sea verdaderamente informado, es decir, para asegurar que el/a sujeto/a haya tomado determinaciones libres y racionales respecto a si la investigación está de acuerdo con sus intereses. En este sentido, la información brindada ha sido veraz, clara y precisa, de tal forma que pudo ser entendida por él o ella al grado de poder establecer las implicaciones en su propia situación, considerar todas las opciones, hacer preguntas, y de este modo tomar una decisión libre y voluntaria.

9.1.4. Presentando a las personas entrevistadas: usuarios/as de sustancias en tratamiento

La muestra estuvo conformada por 19 varones y 10 mujeres. La elección de los/as sujetos/as a entrevistar, se realizó en base a un muestreo teórico y la delimitación del número de casos a indagar se tomó en base al criterio de saturación (Glasser, B.G. y Strauss, A.L., 1967). Cabe destacar que se mantuvo la relación mujer/hombre que se

presenta entre las personas que se encuentran en tratamiento. Asimismo, se tuvo en cuenta la distribución etaria de los/as pacientes en tratamiento.

Ambos grupos de entrevistados/as pertenecen a sectores medios-bajos y bajos. Mayoritariamente no cuentan con obra social por lo que recurren al hospital público para la atención por uso de sustancias. Es elevada la proporción de personas desocupadas y con trabajos informales, cuentan con planes sociales, pensiones y ayudas provenientes de sus redes vinculares, ONGs. y organizaciones de base comunitaria.

En relación al nivel educativo de los varones el 36,8 % tiene primaria completa (7), 36,8 % secundario incompleto (7), 15,8 % secundario completo (3), (1) al momento de realizar la investigación cursaba la primaria y (1) tenía terciario incompleto.

Respecto a la ocupación de los varones el 47% es desocupado (9), un 15,8 % tiene trabajo informal (3), un 21,1 % trabajo formal (4) siendo empleados sin cargo jerárquico, 5,3 % trabaja por cuenta propia (1), 5,3 % estudia (1) y 5,3 % está preso (1).

De los 19 varones entrevistados, sólo el 36,8%, es decir (7), tienen hijos/as.

En el caso de las mujeres el nivel educativo tenemos (4) con primaria completa, (3) con secundaria incompleta, y de las tres restantes, una estaba finalizando la primaria, otra tenía secundario completo y la última terciario incompleto.

En cuanto a la ocupación de las mujeres, (3) estaban desocupadas, (1) tenía trabajo informal, (2) trabajo formal, siendo empleadas sin cargo jerárquico, (1) trabajo no remunerado definiéndose a sí misma como ama de casa, siendo su marido el proveedor de recursos por cuenta propia, (1) con pensión por discapacidad, (1) retomaba los estudios primarios y (1) que no estudiaba ni estaba buscando trabajo.

De las 10 mujeres entrevistadas (7) tenían hijos/as.

VARONES

N° orden entrevista	Modalidad de tratamiento	Edad Actual	Estado civil	Hijos/as	Educación	Ocupación	Grupo conviviente	Edad de Inicio	Droga de Inicio	Droga Principal por la que hace tratamiento	Causas que asocian al consumo	Observaciones
1°	Ambulatorio	39	Soltero	No	Secundario incompleto	Trabajo informal	Madre	16	Alcohol y Marihuana	Psicofármacos Cocaína	Integración grupal	
4°	Ambulatorio	46	Separado y vuelto a juntar	1 nena (6 años)	Terciario incompleto	Cuenta propia	Pareja actual y la hija 3 veces por semana.	17	Alcohol	Alcohol	Abandono, separación de los padres. Integración grupal.	
5°	Ambulatorio	53	Separado de hecho	---	Secundario Completo	Trabajo informal	Solo	24	Marihuana	Marihuana	Conocer gente. Rock, recitales. Conflictos con la madre. Discapacidad motora congénita	
6°	Ambulatorio	38	Juntado	2 varones 1 nena	Primario completo	Trabajo formal	Pareja y 3 hijos/a	18	Alcohol – Cocaína	Alcohol	Fiestas, salir a bailar, amigos. Por gusto. Ningún conflicto.	
7°	Ambulatorio	52	Juntado	2 nenas (13 y 11 años) 1 varón de 5	Primaria completa	Trabajo informal	Pareja y 3 hijas/o	20	Alcohol	Alcohol	Se libera de padres estrictos en la juventud. Integración social: amigos con los que juega al vóley	Migrante de Paraguay
8°	Ambulatorio	38	Separado	Varón (20) mujeres 16, 9 y 2.	Primaria completa	Desocupado	Con hijo mayor	12	Alcohol	Cocaína y Alcohol	Integración grupal. Conflictos con parejas.	
11°	Ambulatorio	36	Soltero	---	Secundario completo	Desocupado- Changas, cartonero	Solo	13	Alcohol y Psicofárm.	Alcohol y Cocaína	Integración grupal. Timidez. Rock, recitales. Rebeldía, conflictos con el padre.	

12°	Casa de día	42	Separado de hecho	2 mujeres (17 y 9 años)	Secundario completo	Trabajo formal	Madre	15	Marihuana	Cocaína	Curiosidad	
13°	Casa de día	34	Juntado	No	Secundario incompleto (2°)	Trabajo formal	Pareja	18	Cocaína	Cocaína	Pelea con la novia. Fiestas	
14°	Casa de día	30	Separado de hecho	1 varón 4 años	Secundario incompleto (2°)	Desocupado	Madre y pareja de la madre	17	Marihuana	Cocaína	Curiosidad. Barrio. Fiestas	
15°	Casa de día	23	Soltero	No	Primaria completa	Desocupado	Padres y hermano	14	Alcohol-Marihuana	Cocaína	Curiosidad. Timidez	
16°	Casa de día	19	Soltero	No	Cursando secundario	Desocupado estudia	Madre	15	Alcohol-Marihuana	Cocaína	Cancha con amigos	
17°	Casa de día	19	Soltero	No	Primaria completa	Desocupado (antes hacía changas)	Padres y 3 hermanos	15	Marihuana		Integración grupal	Está con arresto domiciliario por robo
18°	Casa de día	41	Juntado	No	Primaria completa	Preso (sale para el tratamiento en casa de día) Antes empleado	Preso (sale para el tratamiento en casa de día)	18	Alcohol-Marihuana	Cocaína	Integración grupal. Curiosidad	Preso por robo
19°	Casa de día	15	Soltero	No	Terminando la primaria	Estudiando hasta que empezó tratamiento	Madre, hermano, cuñada y sobrina (3 meses)	13	Marihuana		Separación de los padres Integración grupal	Causa por robo calificado con portación de arma de fuego
20°	Ambulatorio	30	Soltero	No	Secundario incompleto (3°)	Trabajo formal	Madre	14	Alcohol Marihuana	Cocaína	Fiestas	
21°	Casa de día	26	Soltero	No	Secundario incompleto (1°)	Desocupado	Pareja	15	Marihuana	Cocaína	Integración grupal	
23°	Casa de día	40	Soltero	No	Secundario incompleto (3°)	Desocupado	Madre	17	Alcohol	Alcohol	Integración grupal	
28°	Ambulatorio	53	Casado	3	Primaria completa	Desocupado	Pareja y 2 hijos	16	Anfetaminas	Cocaína	Adelgazar. Integración grupal. Fiestas.	

MUJERES													
N° orden entrevista	Modalidad de tratamiento	Edad Actual	Estado civil	Hijos/as	Educación	Ocupación	Grupo conviviente	Vivienda	Edad de Inicio	Droga de Inicio	Droga Principal por la que hace tratamiento	Causas que asocian al consumo	Observaciones
2°	Ambulatorio	56	casada	1 varón (25) y 1 mujer (24)	Secundario completo	Ama de casa (ingreso del marido que trabaja por cuenta propia)	Marido e hijos	Departamento de 1 dormitorio donde duermen los hijos (marido en living y ella en lavadero)	18	Alcohol	Alcohol	Inicia por integración grupal. Viaje fin de curso. Tedio doméstico. Todo el día sola, limpiar casa inmensa, dos hijos y marido que ejerce violencia psicológica	
9°	Ambulatorio	61	Soltera	...	Secundario incompleto (2°)	Pensión por discapacidad – no trabaja	Sola	En una pensión	29	Alcohol	Alcohol	Fallecimiento de un novio. Violencia doméstica	
10°	Ambulatorio	15	Soltera	...	Hasta 8vo año de EGB	No trabaja ni estudia	Madre, hermano y pareja de la madre	Precaria	15	Marihuana Psicofárm. Cocaína	Marihuana Psicofárm. Cocaína	Separación de los padres.	
24°	Ambulatorio	34	Soltera	2 mujeres (9 y 14 años)	2 años de enfermería profesional	Servicio Penitenciario en Área de Asistencia y Tratamiento	Hijas, madre, hermana y 2 sobrinas	Con paredes de material, mampostería y detalles de terminación	16	Alcohol	Alcohol	Violación. Abandono del padre. "Las juntas".	
25°	Ambulatorio	30	Separada	2 varones (12 y 14 años)	Primaria Completa	Desocupada. Planes sociales	Con los dos hijos	precaria	14	Cocaína	Cocaína	Presión grupal. Violencia doméstica.	

26°	Ambulatorio	33	Soltera	Varón 13 años	Secundario incompleto	Empleada en restaurant	Con hijo, pero él algunos días x semana se queda en la casa de los abuelos	Con paredes de material, mampostería y detalles de terminación	17	Cocaína	Cocaína	Abandono de la madre. Desarraigo de su barrio. Violencia familiar y pobreza. Dependencia afectiva de un consumidor intensivo.	
27°	Ambulatorio	49	Casada	7 hijos: varones 4 y mujeres 3	Primaria completa	Artesana, hace bijouterie	Marido, 3 de los hijos y un nieto		44	Psicofárm.	Psicofárm.	Fallecimiento de su suegra Infidelidad de su 2do. marido Vida de sufrimientos: violación, violencia doméstica.	
29°	Ambulatorio	22	Soltera	...	Secundario incompleto (adeuda 3 materias)	No trabaja ni estudia	padres		15	Marihuana	Cocaína Psicofárm.	Violación. Amiga y su pareja consumen.	
30°	Ambulatorio	23	Soltera	1 hijo	Primaria completa	Desocupada	Hijo y novio		13	Marihuana Alcohol	Cocaína Psicofárm. Pasta Base	Migración a Europa Situación de calle en España Violación	
31°	Ambulatorio	22	Juntado	2 hijos 5 años varón y una nena de 6 meses	Primaria completa	Desocupada . Plan social.	Madre, hermano, 2 hijos y pareja	Con paredes de material, mampostería sin detalles de terminación	12	Marihuana Psicofárm.	Cocaína	Rapto y Violación. Violencia doméstica. Parejas que consumen.	Pareja internado en una comunidad terapéutica

9.2. Modos de transitar los padecimientos

9.2.1. Iniciación en el consumo

9.2.1.1. LOS VARONES

La mayoría de los usuarios varones, asociaron su iniciación en el consumo de sustancias con grupos de pares pertenecientes a la escuela, el barrio, o con los que frecuentan la concurrencia a la cancha, a recitales o a jugar al fútbol.

En algunos casos operó de manera significativa, durante la primera ingesta, la presión grupal, ya sea explícita o implícita, donde los integrantes del grupo que consumían ofrecían a los otros iniciarse en el uso de drogas. La connotación valorativa jerarquizada de aquellos que consumían, considerados portadores de coraje, valor, y atributos semejantes, incita a la iniciación en el uso como indicador de pertenencia al grupo.

Asimismo, según nos relatan los varones, son pocos los casos en los que el inicio es asociado a la necesidad de evadirse de problemáticas de índole familiar, laboral, escolar, etc. Más bien hacen referencia a la cuestión de integración social, curiosidad y desafío. De este modo, se apartan de ciertos estereotipos presentes en el discurso oficial, en particular, los que esgrimen como una de las motivaciones para el consumo la búsqueda de elementos que les permita evadirse de la realidad que les toca vivir. Como veremos a continuación, este tipo de motivaciones es más frecuente en el caso de las mujeres. Los varones no ven una causalidad tan marcada y encuentran explicaciones alternativas que están más ligadas a la inclusión en redes sociales, a estar “en la calle”, a conquistar el ámbito público, lugar que será el privilegiado para este género.

¿Con quién empezaste a consumir?

17° M-19¹⁰¹: *con un amigo ahí del barrio*

¿Cómo fue esa primera vez?

17° M-19: *nada como le decía, salí a bailar y justo estábamos ¹⁰² en la puerta, ya venía de bailar, y estaba en la puerta de mi casa y yo ya le había dicho que ya había consumido marihuana, que si me daba para fumar y fume con él.*

¿Pero vos no habías consumido todavía?

17° M-19: *no*

¿Y por qué le dijiste que sí?

17° M-19: *porque quería fumar, tenía ganas de probar*

¿Y pensaste que si no le decías que ya habías probado no te iba a dar?

17° M-19: *y no sé, capaz que no.*

¿Por qué te parece que empezaste a consumir?

17° M-19: *porque veía que todos lo hacían... por curiosidad. Quería probar y bueno probé y ya digamos que una vez que probas, entraste... después es difícil salir.*

¹⁰¹ A fin de garantizar el anonimato de los/as informantes se utilizó un código de identificación compuesto por el número de orden en que se realizaron las entrevistas, seguido del sexo del/a entrevistado/a y la edad (por ejemplo: 1° M-39). Cuando la redacción así lo requería, se utilizaron seudónimos para hacer referencia a las narrativas de los/as informantes.

¹⁰² Nota: las entrevistas se transcribieron textuales, respetando los modismos, ortografía y jerga lingüística utilizadas por los/as informantes.

¿Por qué pensás que tenías ganas de probar?

17° M-19: que se yo... por curiosidad... por estar ahí y mi amigo se prendió el cigarro de marihuana y para no... yo tampoco quedarme, como es la palabra, para no... porque... quería estar igual que él, así como cuando fumo... de curiosidad.

¿Por qué te parece que empezaste en ese momento, y con este tipo de sustancia [marihuana]?

12° M-42: Porque no pensé, porque era algo nuevo, por curiosidad eh... en esa época, prácticamente no había drogas en la calle como hay hoy, no cualquiera se drogaba.

¿Qué año era?

12° M-42: 1984, 85.

Los mandatos sociales de género habilitan a una mayor posibilidad de poder social y vincular en los varones. Siendo el ámbito público el espacio privilegiado para ellos. Las primeras salidas a los boliches, a los recitales, a encuentros sexuales, parecen hacer del consumo de alcohol y drogas, uno de los elementos vehiculizadores en las relaciones interpersonales, que los adolescentes y jóvenes varones utilizan en la interacción con otros/as. Mediante un proceso de socialización y ritualización donde los jóvenes apprehenden, se amoldan a las prácticas grupales para poder pertenecer, ser legítimos y no ser excluidos. Los códigos, normas -implícitas o explícitas-, establecen las condiciones del vínculo, mediante estrategias sutiles de control intragrupo.

¿Por qué crees que consumiste vos? ¿Cuáles fueron los motivos?

21° M-26: que se yo..., ninguno, ninguno, no sé, porque no vamos a caer en esa de que tengo un problema..., porque te digo la verdad, no se... yo lo probé y me gustó, pero... ¿por qué llegué a probarlo?, por curiosidad, por curiosidad.

Fue buscar algo más allá del alcohol, que yo ya lo conocía, digamos no, y si me preguntas ¿por qué tome alcohol por primera vez? y porque nosotros del grupo de chicos, nos juntábamos, la pasábamos de las 10 de la mañana a las 5 de la tarde jugando a la pelota y bueno un día dijimos "¿che vamos a salir el sábado loco?, tenemos 12, 13, 14 años" y "bueno, vamos a una matiné", y bueno, fuimos a una matiné... y "¿vamos a comprar algo para tomar, porque todos toman, vamos a tomar algo a ver qué pasa?", bueno y así... empecé.

15° M-23: y me empecé a juntar con gente más grande, gente más grande que yo, que consumía. Al principio no me llamó la atención, yo fumaba cigarrillos, y no... y bien viste, yo estaba bien y de repente fumé una seca, me gustó, me hizo mal pero me gustó.

¿Qué fue lo que te gustó?

15° M-23: o sea, el mambo, el tema ese de quedar loco, ¿entendés? De no saber dónde estaba parado, estaba en otro mundo, no, estaba en el mundo ese de risa, tranquilo y callado, estaba en el mundo de la boludez, o sea, me reía de cualquier cosa, hablaba esto, el otro. Siempre fui medio tímido, a veces, entonces eso como que me desprendió más también, a la vez, entonces me hizo hablar más, me hizo ir más al frente, y me enloqueció más también.

11° M-36: empecé a tomar [alcohol] con un grupo de amigos, empecé... ¡sí! ya rondaba el cigarrillo en ese grupo, era un grupo de la primaria, que ya nos conocíamos de la primaria, y ya fumábamos, viste? Ya desde quinto grado, fumábamos tabaco, pero ya éramos los locos, los rebeldes de la primaria, no nos echaban... por que no.

Sin embargo algunos informantes advierten la existencia de factores personales que inciden en que el consumo continúe en el tiempo y no quede en la mera experimentación.

21° M-26: Claro lo que pasa que... debe tener algo que ver con la personalidad o algo, porque de esos 5 o 6 amigos y yo sólo salí consumidor, digamos, ¿no?, entonces..., bueno yo y... este chico R....., claro, pero bueno, él llegó un momento que dijo "bueno, probé, me gusto y ahora no quiero más", ¿viste el que probó y salió? Bueno, yo en vez de probar y salir..., seguí.

9.2.1.2. LAS MUJERES

Un elemento que sobresale al releer las entrevistas y organizar la información, y que además impacta por su alta proporción, es que la mitad de las mujeres entrevistadas han sufrido una o más violaciones en su adolescencia y juventud, con efectos destructivos u obturadores de su subjetividad. Este hallazgo coincide con numerosas investigaciones, algunas de ellas muestran que las mujeres que abusan de alcohol tienen 1,95 más riesgo de haber sido víctimas de abuso sexual (Romero, et al, 2001); que la violencia doméstica está asociada al consumo de alcohol (Miller, et al, 1990); al igual que la violencia de género impacta en la calidad de vida de las mujeres (Valdez y Juárez, 1989), manifestándose por medio de diversos malestares, entre los que se encuentra la depresión, la ansiedad, los trastornos de estrés postraumáticos, el abuso de alcohol y/o drogas (Zilberman y Blumee; 2005) y algunos de ellos con consecuencias fatales como el homicidio y el suicidio.

Sin ganas de vivir, sin recibir apoyo terapéutico post trauma, en algunos casos humilladas, negadas y rechazadas por sus familias al ser el perpetrador un integrante de la familia. En otros casos tratando de borrar de sus mentes el hecho. En estas mujeres el consumo de sustancias, incluido el alcohol, funcionó en los momentos de mayor ansiedad y crisis. El uso intensivo, en algunos casos, estuvo acompañado de autocastigos como cortarse el cuerpo, intentos de suicidio y “crisis nerviosas”.

Aunque los sentidos psicosociales que son otorgados a los casos de violencia sexual perpetrada hacia mujeres adultas difieren a la de las/os niñas/os, la violencia ejercida sobre los cuerpos y subjetividades de las mujeres y niñas, afecta de tal modo que el daño perdura en el tiempo, afectando su salud mental y pleno desarrollo.

Como afirma Ana María Fernández “la niña víctima de un ataque sexual, (...) no tiene – mientras es chica- ninguna posibilidad subjetiva de oponerse. Esto –tan obvio– es uno de los argumentos que nuestra cultura tiene mayor dificultad de comprender. De hecho, cuando la niña llega a la adolescencia y su subjetividad logra cierta autonomía, e instituye su moral, a veces puede cortar la situación. De todos modos, el daño psíquico es muy grave y las acompaña toda la vida. Cuerpo y psiquismo han sido arrasados por una historia frente a la que harán varios intentos para renegar, pero que no podrán

olvidar. (...) Para esa particular manera de intromisión de la sexualidad adulta –no sólo en el cuerpo, sino en el psiquismo de un/a niño/a- no hay exclusiones de clase o género. Sin embargo, en nuestro país el 80 % de los abusos recae sobre las niñas” (Fernández, 2009: 129).

Coincidimos con Rita Segato (2015) en que en la actualidad en occidente la violación tiene el sentido del asesinato moral, de un daño a la morar que destruye el prestigio y el valor de alguien. Vergüenza y perversidad están endosadas en la agresión sexual. Ésta, deshonra a la víctima y a sus figuras tutelares. La violencia sexual además de ser un castigo corporal, es percibida como un castigo moral, constituye una reducción moral de la víctima y, a través de ella, de su familia y comunidad (Segato, 2015: 122-123).

En cuanto a la otra mitad de usuarias entrevistadas, muchas iniciaron su consumo por presión grupal o por tener una dependencia afectiva con un usuario de drogas.

Asimismo, 8 de las 10 mujeres relatan además, como causante de su adicción situaciones de violencia familiar y violencia doméstica, ya sea física, psíquica o ambas.

Como dijimos anteriormente, si en los varones la ingesta de tóxicos está asociada a la integración grupal, a la conquista de “la calle”, de la noche y la fiesta, en las mujeres el consumo se liga a intentos de sobrellevar una vida traumática, ya sea fruto de un episodio violento o de una vida cotidiana signada por la violencia. En algunas también ligadas al tedio diario, al estar ubicadas socio-subjetivamente como las “amas de la casa” o como una informante dijo al preguntarle cuál era su ocupación: “*saca pelo*”¹⁰³. Para éstas el consumo, sirve para dar un poco de sosiego, tal como dice Mabel Burin (1990) para el caso de la ingesta extendida de psicofármacos entre las mujeres, se trata de una “tranquilidad recetada”.

Estos datos generan la necesidad de profundizar en futuras investigaciones de índole cuantitativo, la prevalencia de la violencia de género en la población de usuarias y su incidencia en el consumo, a fin de indagar la extensión de estas situaciones.

Por otro lado, observamos que la dependencia afectiva de la pareja es más intensa en el caso de las mujeres, iniciándose con frecuencia en el consumo para compartir experiencias con su pareja (Pantoja, 2007). También es frecuente que por la sensación de abandono o pérdida de la pareja incrementen el consumo o experimenten con otras drogas.

24° F-34: “y fue también en la separación de él, que yo también, que yo me quise perder definitivamente, eh, estuve muy mal y bueno me intenté suicidar”.

9.2.2. Periodificación del consumo de drogas en Argentina: etapas en la circulación de sustancias

Como vimos en los relatos anteriores, la trayectoria de consumo se instala luego de un período de experimentación, donde la búsqueda de nuevas sensaciones, de nuevos efectos producidos por las sustancias se combina con otros factores: personales, familiares, sociales, y sumado a esto la disponibilidad, extensión y el aumento en la

¹⁰³ Nota: “saca pelo” hace referencia a la labor de limpieza que debía realizar en su hogar, extrayendo pelusas, polvillo y pelos de pisos y muebles.

oferta de drogas en Argentina, la rentabilidad de la venta, y la connivencia de los poderes para que avance e instale la distribución que ya hemos señalado en el capítulo 4.

En nuestro estudio, a partir de la reconstrucción de las trayectorias de consumo que nuestros informantes relatan, podemos encontrar distintos períodos del consumo de drogas que se desarrollan en Argentina.

Según los relatos de los usuarios y ex-usuarios que hemos entrevistado, podemos describir una primera etapa que se extiende paralelamente a la última Dictadura militar (1976-1982) donde la disponibilidad de drogas no era tan evidente como en la actualidad; algunos plantean que “*había que animarse a consumir*”, “*no cualquiera se drogaba*”, los consumos eran principalmente de psicofármacos, anfetaminas, barbitúricos, marihuana y algunos jarabes derivados del opio. Se distribuía entre los conocidos, donde se manejaban códigos de camaradería.

Una segunda etapa se corresponde con los comienzos de la democracia en nuestro país, desde 1983 hasta aproximadamente 1991-1992 donde el consumo de drogas se diversifica más, se extiende el policonsumo, y comienza lentamente a emerger el uso inyectable, ya sea de cocaína, ketamina, y/o psicofármacos. Algunos informantes describen que el consumo de cocaína en la región del Gran La Plata en los ‘80 era más de elite, correspondiendo a sectores asociados al rock, artistas, bohemios y políticos.

Asimismo, describen la existencia de redes amplias de consumo, de entre 15 a 20 usuarios/as.

La tercera etapa que pudimos identificar, es la que se corresponde con los años ‘90, momento en que se expande el consumo hacia todos los sectores, pero fundamentalmente comienza a diferenciarse el tipo de sustancias y la calidad de las mismas según el nivel socioeconómico de los/as usuarios/as. En los sectores medios y bajos se distribuía cocaína barata, aunque en un principio era de “*buena calidad*”, con el propósito de cooptar la mayor cantidad de usuarios/as, luego se iba reduciendo su pureza. Es frecuente en los relatos de los/as entrevistados/as que al pedirle al transa marihuana éste les respondía que no tenía, y frente a la necesidad de consumo se iniciaban en la cocaína. La lógica que operaba en esta década según los planteos de Epele (2010) es una lógica empresarial.

Veamos cómo lo percibieron nuestros informantes:

11° M-36: ah, sí, y yo empecé a tomar cocaína empecé a tomar en el 93, 94, en esa época Menem en la presidencia y Duhalde acá en la gobernación. En mi barrio, Los Hornos, había cocaína en todas las esquinas prácticamente, empezó a haber, hasta ahí no había.

Porque en la época anterior era más asociada a la inyección

11° M-36: antes los faloperos, yo conocí falopa de Los Hornos como “fulanito” “menganito” [nombra gente conocida de la zona], más grandes que yo, o “sultanito” de la hinchada de “[nombra un equipo de fútbol]”, faloperos de los 80, si, esos se inyectaban, esos se inyectaban... ketamina también, viste el tranquilizante de caballo, eso, “menganito” se inyectaba ketamina no cocaína, tranquilizante de caballo, y el “sultanito”, también, lo que yo sé es eso, seguramente se inyectaba cocaína también, no sé, lo que yo sé es que se inyectaban ketamina, no cocaína, para mí la cocaína de los 80, yo no sé, no la viví, pero escuche gente, conocí gente que consumía en los 80, era de una elite, la

cocaína estaba en una elite, Virus, Los Redondos, el rock, los poetas, “malditos” el que se juntaban acá en el café de los poetas de 49, los políticos, ¿viste?, estaba en la elite la cocaína, sobre todo políticos, artistas, en los ‘80. Después bajó, a la villa, eso es lo que yo se... capaz estoy diciendo, para mi es así, con Menem y Duhalde la bajaron al pueblo, ¿viste? Cocaína barata, al pueblo, a la clase media y a la clase baja, hasta ahí la clase baja consumía marihuana o se inyectaba tranquilizante de caballo..., marihuana si había.

¿Y la cuestión del paco acá en la ciudad?

11° M-36: no, yo el paco no lo viví, no, no sé nada, el paco empezó justo, la cosa del paco empezó justo cuando yo dejé, yo deje en el 2006, 2007 dejé de tomar...

En ese momento, es donde vos decís, en los 90 que se distribuyó por lo menos en la zona y en el conurbano, ¿pero era una cocaína de menor calidad en relación con la anterior?

11° M-36: también era buena, no, la primera tirada fue buenísima, era una cocaína pura, la primer tirada 91, 92, yo llegué a la segunda tirada, que también era buena, no... la primera tirada fue muy buena, buena cocaína, le tiraron al pueblo, la primera, después no, ya la del 95, 96, 97 eran una mierda porque... cortada, pero... ya la gente estaba, seguían comprando.

¿Qué implica que la calidad sea menor?

11° M-36: no todo lo contrario, si la cocaína es buena con un saquecito así te dura, el efecto te dura cerca de dos horas, y si no tenías que comprar más porque el efecto te dura un espacio más corto, porque está cortada.

O sea que tiene que ver con la economía...

11° M-36: si, totalmente, no la primera tirada fue buena para enfermar, la buena te enferma de toque, después tiraron mala para hacer más plata, primero los enfermamos, después ya los tenemos agarrados y hacemos plata, eso hicieron.

La última etapa se corresponde con el período de la crisis y poscrisis de 2001 hasta la actualidad. Si bien en el conurbano bonaerense, la ciudad de Buenos Aires, y otras regiones del país como Rosario y Córdoba, el consumo de Pasta Base/Paco se asocia directamente con esta época, en nuestra región de estudio, no se observó un consumo extendido de esta sustancia, salvo en la presente década (de 2010 en adelante) que comienza a ser consumida. En este último milenio, el consumo es asociado por nuestros/as informantes a la ruptura de lazos sociales, a una práctica individual e individualista, a la falta de mecanismos de control sobre las lealtades con el barrio, la familia y donde la referencia sobre que los/as “*pibes/as de ahora no tienen códigos*” son expresiones que se escuchan en los/as usuarios/as que se iniciaron en las etapas anteriores.

Paralelamente, el incremento exponencial en el costo de las sustancias durante el último tiempo, hace que los mecanismos necesarios para adquirir la droga lleven a diversificar las estrategias de obtención de recursos donde el robo y el hurto cobran un nuevo lugar, sumado a la venta de objetos personales como ropa, zapatillas, celulares, y en otros casos el intercambio de sexo por droga.

15° M-23: tremendo, siempre, siempre, desde que conocí las drogas fue tremendo.

¿Cuándo consumías?

15° M-23: todos los días y mucha cantidad.

¿Cuánto?

15° M-23: y yo por día, depende la plata que tenía, hay veces que tenía 200, hay veces que tenía 300, veces que tenía 100, menos de 100 pesos nunca. Y antes tenía mucha cantidad, cuando yo inicié a consumir, o sea, la balanza estaba equilibrada digamos, en cantidad y en dinero, ahora se fue todo a la...

¿Ahora en cuanto están?

15° M-23: noo... ahora por 1 gramo 160 pesos. (2010-2011)

A la miércoles!

15° M-23: y es un granito, es nada, te quedás totalmente ensartado como decimos nosotros, buscás cualquier cosa para vender, el juego del transa, hacerte quedar ensartado.

Es mucha guita.

15° M-23: yo me enteré el otro día, le pregunté a un amigo, le digo "loco, cuánto está?", son cosas que a uno le quedan todavía esas preguntas de decir:

- "¿a cuánto estás consiguiendo?"

- "No, el gramo 160, los 5 gramos 320". Antes por 160 estabas dos días, tres, cuatro, cinco. Por eso, eso es algo de lo que me alegro ahora de haber dejado de consumir porque ahora estaría..., no sé, robando, aunque no me animo, pero estaría robando.

Las descripciones que realizan nuestros/as informantes pueden corresponderse con otras investigaciones (Epele 2002 y 2010; Camarotti, 2007, basándose en las líneas de investigación de Gamella y Jiménez, 2004). A continuación presentamos un cuadro comparativo de las mismas.

Camarotti (2007) Comparación con España Entrevistas en profundidad a usuarios y ex usuarios	Epele (2002) Narrativas. Etnografía en un barrio del Gran Buenos Aires	Epele (2010) Etnografía sobre drogas, pobreza y salud.
Primera etapa (1968-1975): la marihuana como símbolo de rebelión.		
Segunda etapa (1976-1982): las drogas comienzan a diversificarse.		
Tercera etapa (1983-1991): las drogas se endurecen.	1984- 1995 "Los viejos tiempos": consumo dominante de cocaína por vía inyectable. Economía moral y códigos.	Lógica del compartir
Cuarta etapa (1992-2004): el fin para la hegemonía de las políticas abstencionistas.	Tiempo actual. "Los noventa"	Lógica empresarial
		Lógica de consumir(se) Paco

TABLA 6: Cuadro comparativo de periodificación del consumo de drogas en la Argentina. Elaboración propia.

9.2.3. Trayectoria de consumo

La manera en que los/as usuarios/as recorren el trayecto del consumo, expresa una manera singular de transitar la vida, donde se expresan las disposiciones del *habitus*. Las experiencias, las prácticas, las elecciones, las posiciones tomadas a medida que recorren el espacio social se traducen en la imposibilidad de volver atrás, de cambiar. En términos de Bourdieu (1995) en toda trayectoria se da un "envejecimiento social", ya

que a medida que se recorre el espacio social, al tomar una posición dentro del campo, se excluyen otras posiciones, no pudiendo volver atrás en el tiempo. De este modo se observa el dinamismo del proceso.

9.2.3.1. LAS MUJERES

En la mayoría de las usuarias mujeres la trayectoria de consumo se fue dando progresivamente, en algunas, asociada a una forma de independencia, como una manera de sostén que operaba frente a desafíos personales, en algún sentido como forma de liberación de la violencia y ligado a etapas con trastornos depresivos.

¿Cuándo empezaste a consumir devuelta?

25° F-30: *y hará 5 años, 4, 5.*

¿Y por qué empezaste, qué pasaba?

25° F-30: *es como que, empecé a..., o sea, venía ya juntando como, era como que venía muy deprimida*

¿Por qué vos decís que venías deprimida en ese momento?

25° F-30: *... me prohibí siempre, pero siempre fui de todo de no decir nada, mi mamá me pegó hasta los 24 años. Eh, yo tomé una responsabilidad de vivir sola cuando tenía 25. Viví siempre con mi mamá, o sea, siempre los demás me tenían que estar diciendo lo que estaba bien y lo que estaba mal. Y fue cuando me empecé a drogar, cuando me decido a vivir sola. Es como que deajo, o sea, como que necesitaba apoyarme en algo para seguir sola.*

30° F 23: *y me sentí muy abandonada por mi mamá, todo así. Y que me empezaba a agarrar un vacío, yo era feliz cuando estaba en Argentina, yo no era una persona así como estoy ahora, me siento muy infeliz, muy amargada.*

En otras fue como una forma de encarar la sobrecarga y hastío del trabajo doméstico a tiempo completo.

¿Había algún horario?

2° F-56: *si cuando él no estaba [su marido], porque él se iba a las 10 de la mañana y yo por ahí a las 10 de la mañana llevaba al nene con el carrito y me iba a comprar algo, sabía que venía a la 1 y tenía desde las 10:30 que compraba hasta las 12:30 me podía tomar eso.*

Cuando tomaba era como que me liberaba.

Estaba sola..., o sea, en la casa sola, él suponete se iba a la mañana y con la casa..., encima tenía una casa de 2 pisos grandota, ya te digo con parque, pileta, fondo, era como media cuadra, alta..., habitaciones abajo, cocina, y tenía que limpiar todo.

Aunque detallaré el caso de esta usuaria más adelante, quisiera adelantar que la exigencia social de cumplir con las tareas en el ámbito del hogar, vinculadas a un modo de subjetivación¹⁰⁴ tradicional¹⁰⁵ (Tajer, 2009) se articularon, en esta mujer como en

¹⁰⁴ El modo de subjetivación es una construcción conceptual que se refiere a la relación entre las formas de representación que cada sociedad instituye para la conformación de sujetos/as aptos/as para desplegarse en su interior, y las maneras en las que cada sujeto/a constituye su singularidad (Bleichmar, 2005 citado por Tajer, 2009). En ese sentido, los mandatos sociales de género y las relaciones asimétricas

muchas otras, con una de las formas de violencia que más eficacia tiene en la subordinación y opresión femenina, aquella que desestabiliza la autonomía de las mujeres, la autoconfianza y que está socialmente aceptada y validada, me refiero a la violencia psicológica o como Rita Segato (2003) prefiere llamar “violencia moral”.

En otra usuaria se observó que, luego del inicio y experimentación con ciertas sustancias, se desencadenó una escalada en el consumo que en pocos meses llegó a realizarse de manera intensiva. Esto puede observarse más en las mujeres jóvenes y adolescentes, hecho que puede estar acorde con un proceso de cambio en el modo de subjetivación del género femenino contemporáneo, de tipo innovador¹⁰⁶ (Tajer, 2009). Décadas atrás, una frecuencia diaria, dosis altas y sustancias ilegales denominadas “duras” estaban reservadas sólo para los hombres, sin embargo, algunas autoras comienzan a hablar de “feminización del consumo de drogas” (Romo Avilés, 2005), dando cuenta del proceso por el cual cada vez más mujeres tienden a equiparar su consumo con los varones.

¿Qué consumías?

10° F-15: cocaína, marihuana, pastillas.

¿Y empezaste ahora en febrero con todas esas?

10° F-15: claro, primero empecé con la marihuana, después con la, después las pastillas, y después con la cocaína, con la cocaína era lo que, todos los días, era lo que más me gustaba, y las pastillas también, tomaba por ahí tomaba pastillas, pastillas me llegaba a tomar 200, 200 pastillas, o sea, no es que tomaba 1, no 200.

Numerosas investigaciones plantean que las drogas legales (alcohol y psicofármacos) son las más elegidas por las mujeres. Como describiéramos en el capítulo anterior, al analizar el tipo de sustancia principal por la cual consultaban las usuarias atendidas en la Subsecretaría hallamos que en primer lugar se encuentra el alcohol, seguido de marihuana y en tercer lugar cocaína. Con respecto a la ingesta de psicofármacos, se

de poder entre varones y mujeres generan condiciones de sometimiento y despojo, en el caso de las mujeres, así como la posibilidad de mayor poder social y vincular en los varones.

¹⁰⁵ Por *modo de subjetivación tradicional del género femenino* entendemos a aquel según el cual las mujeres, estructuran su vida con los valores de la maternidad y la conyugalidad como áreas fundamentales de desarrollo vital, excluyendo el desarrollo laboral o profesional, posibilidad reservada únicamente para los varones. Incluye una división asimétrica de roles y poderes por la cual los varones gozan de mayores posibilidades y prerrogativas, al mismo tiempo que se espera de ellos que se encarguen de la provisión económica y simbólica de los hogares. El espacio público del salario y la representación social asignada a los varones se constituye también en un espacio de acumulación de un poder que cotiza más, tanto en lo social como en lo vincular, que “el poder de los afectos” asignado a las mujeres, tradicionales en el ámbito privado (Tajer, 2009).

¹⁰⁶ Dentro de los *modos de subjetivación de tipo innovador del género femenino*, se incluye una amplia gama de modalidades de construcción subjetiva en la cual la maternidad y la conyugalidad se plantean como una opción, y ya no como un mandato en la construcción del proyecto de la feminidad, mientras que la inclusión laboral se constituye en una condición para el autosustento.

Valoran el trabajo que coexiste codo a codo con el ideal de la maternidad, aunque existen varios casos que posponen esta última como proyecto, luego de haber alcanzado un cierto nivel profesional. Presentan ideales altamente exigentes, con dificultades para renunciar a alguno de ellos o cuanto menos a reducir el grado de aspiraciones; por lo tanto, sufren grandes padecimientos al sostener dos o más ideales fuertemente demandantes (profesional, conyugal, maternal), en un mundo todavía patriarcal que no facilita su concreción.

La sensación de fracaso en mujeres innovadoras se da cuando se comparan con las posibilidades de los varones de igual condición social y educativa, a quienes el histórico social no les pide el tipo de renuncia que aún se les exige a las mujeres (distribución de las cargas productivas y reproductivas) (Tajer, 2009).

concluyó que es una de las sustancias que se asocia a las mujeres, ya que aunque ocupa el cuarto lugar, la elección para el consumo de estas sustancias es cinco veces mayor que en los varones. Además entre ellas el consumo es mayoritariamente de tipo monovalente (Parga y Altamirano, 2011).

Uno de los elementos que pueden explicar esta preferencia por las sustancias legales es su más fácil acceso, sin exponerse a riesgos, ni ser estigmatizadas por la adquisición de las sustancias, siendo muchas veces, en el caso de los psicofármacos, recetados por sus médicos/as de confianza y luego, ellas van incrementando las dosis sin un control profesional. Para acceder a las sustancias ilegales muchas de nuestras informantes plantean que lo hacían a través de sus parejas o amistades masculinas, inclusive sustentada económicamente por estos.

31° F-22: Es como que, aparte... una mujer en la noche es diferente que el hombre. El hombre la tiene que pagar normalmente, la mujer a veces. No siempre la pagas, si tenés plata la pagás, si no tenés plata la conseguís igual.

26° F-33: Y yo lo conocí a C., y ahí, porque empecé el consumo... y ... consumía gratis con él, y estaba... dejé mi vida de lado para estar atrás de él, no sé si atrás de él, atrás de la cocaína, por el sexo, por no estar sola, no sé..., pero dejé todo, hasta a mi hijo dejé.

¿Por qué decís que dejaste tu hijo?

Porque prefería estar con C., y C. no quería estar con mi hijo, no lo quiere a J., y... y no me importaba nada, porque lo único que me importaba era estar con él, para poder consumir, porque sabía que estando con él consumía gratis.

¿Qué querés decir con esto de consumir gratis?

Es que yo nunca compré, porque... nunca tuve plata para comprar y...

¿Él traía para los dos?

Sí. No sé..., no sé si vende, él para mí que vende, él para mí que vende, pero nunca me lo dijo así.

Otras comenzaron un consumo intensivo al poder conseguir un “contacto” que hacía “delivery” y le llevaba cocaína a su casa.

¿La cocaína cómo la conseguías?

25° F-30: y siempre está alguno que te dice, que te da algún número, me dieron un par donde, alrededor tenía dos que vendían, por todos lados hay.

Por último, en una usuaria se dio el caso que, al separarse de su pareja -que era quien le proveía la sustancia- dejó de consumir.

9.2.3.2. LOS VARONES

En el caso de los usuarios varones entrevistados, los caminos recorridos comenzaron en el ámbito del barrio, del grupo de pares, de la escuela y luego de una primera etapa de experimentación con una sustancia en particular y de una búsqueda de los efectos psicoactivos de la misma, comenzaron una escalada donde para algunos transcurrieron años hasta que el uso devino en problemático y para otros esa trayectoria fue más rápida e intensiva.

Empezaste con alcohol y psicofármacos ¿Y el tema del consumo de cocaína y de marihuana cuando empezó?

11° M-36: *no..., la marihuana empezó un poquito después, la marihuana a los 15, después de los psicofármacos y el alcohol, seguí con el alcohol, no paré, no es que empecé a fumar marihuana y dejé el alcohol, el alcohol siempre, nunca me drogué con, con jugo de naranja.*

¿Y la cocaína?

11° M-36: *la cocaína arrancó a los 17, 18.*

¿Cómo fue esta cuestión de graduación en los tipos de sustancias que empezaste a probar, digamos por qué no quedaste en los psicofármacos y alcohol y pasaste a la marihuana o pasaste a la cocaína?

11° M-36: *la escalerita, yo digo que fue una escalerita, el primer año, segundo año, tercer año, si, si, el "secundario de la falopa" hice yo (risas), llegué a la cocaína y después llegué al ácido lisérgico, después de la cocaína, a los 20, empecé a consumir ácido lisérgico, LSD, a los 20 empecé con el ácido, o sea que hice hasta sexto año (risas).*

¿Y ahí paraste?

11° M-36: *no y ahí seguí, no... que voy a parar!!.*

14° M-30: *No, fue todo... fue todo seguido también, con la marihuana después... tomé pastillas también, después enseguida probé la cocaína y era más, siempre, marihuana y cocaína. Pastilla también, alguna, también probé LSD, también tomé "poxi-ran", esas fueron las cuatro drogas.*

La cuestión del acceso a la sustancia, el hecho de no tener un/a proveedor/a o conocer los circuitos para conseguir la droga, demora en algunos casos, el consumo intensivo. En el caso de los varones, el conocimiento de los lugares donde comprar, del manejo de los códigos, la jerga, etc. es parte del ritual necesario para ser considerado "del palo". Esta iniciación en el consumo, por lo tanto, no sólo es en relación al uso de una sustancia, donde necesariamente buscan la ayuda de alguien que los instruya, sino también en el aprendizaje del manejo de los efectos de cada una de las drogas, y por sobre todas las cosas de los circuitos de distribución y microtráfico. Inicialmente adquieren la sustancia a través de amigos/as, familiares, conocidos/as del barrio, que son quienes facilitan y provén la droga, hasta que se contactan en forma directa con los/as distribuidores/as, los/as "transas" o punteros/as.

Desde esa primera vez que empezaste a consumir ¿Cómo fue variando el consumo, cómo se fue incrementando? ¿Vos empezaste ahí y enseguida empezase a consumir?

21° M-26: *no, no, no fue..., una vez que ya consumís, que se yo, por ahí pasó, una semana o un mes sin consumir, habré estado un mes capaz sin consumir, la verdad que no, no, creo que fue al año siguiente, al año siguiente que empecé a incrementar el consumo, claro, que conocí un pibe que conseguía enseguida, por ahí, que se yo, el único que yo conocía era el hermano de este flaco, no, y bueno el hermano de este flaco, no sé, no era una cosa que estaba siempre con eso o yo no sé si por, vamos a ponerle entre comillas "cuidarnos a nosotros" no daba, no sé, la verdad, pero, no era una cosa que conseguía así, que la veía pasar todo el tiempo, entonces, ahora una vez que conocí una persona que era, "che, voy hasta la esquina y te la traigo" y bueno, sí, ahí empezó.*

9.2.4. Del grupo al consumo individual

Como señalamos anteriormente, en los varones, los primeros momentos de uso están ligados a situaciones de diversión, de confianza, fraternidad, vinculados a relaciones de amistad y lealtades con el grupo de consumo. A medida que los usuarios se van instalando en la ingesta, aparece la urgencia y necesidad de mayores dosis y frecuencia de consumo, pasando de tener un consumo episódico de fin de semana a hacerlo con una frecuencia diaria. De esta manera el consumo se constituye en una práctica cotidiana que organiza de algún modo la rutina ordinaria, para poder contar con las dosis necesarias desde que se despiertan hasta que finalizan el día o “*amanecen*” es decir, continúan “*de caravana*” durante dos o tres días.

Otro aspecto que se destaca es el desplazamiento de las relaciones sociales por las relaciones que se establecen con la droga. Es decir, que a medida que el usuario se instala en el consumo intensivo de sustancias, se van rechazando de algún modo, las relaciones con el grupo anterior, con los/as otros/as que no consumen, pero también con aquéllos con los que antes compartían el consumo. Distintas explicaciones pueden ser las que justifiquen estos desplazamientos, algunas de índole económica, otras de índole territorial, otras ligadas a la cuestión de la seguridad, o de poder disfrutar “*el mambo*”, sin embargo, todas culminan en la soledad, en el individualismo, en la relación con la mercancía. Incluso más, la relación con los/as otros/as se da por la búsqueda de la mercancía y no por la búsqueda de la relación social.

¿Y siempre era en grupo o...?

16° M-19: *al principio en grupo y después... ponele, habrán sido los primeros 6, 7, 8 meses en grupo, ya después no o por ahí lo hacía de a dos, de a tres y después terminaba consumiendo solo, que era lo que más me gustaba, digamos.*

¿Por?

16° M-19: *y por la tranquilidad diría yo, estar tranquilo consumiendo y que nadie te jorobe, ¿me explico?, estar concentrado en algo y estar en la tuya sin que el otro te diga “mira allá”, no vos estás mirando ahí, en la tuya digamos, pero bueno así terminé...*

¿Y de dónde conseguías [el dinero para consumir]?

15° M-23: *y yo le sacaba, le sacaba a mis viejos.*

¿A tus viejos...?

15° M-23: *claro, o hacia alguna changuita en mi casa y eso me daba un poco de plata, más la plata que les sacaba a ellos, yo ahí juntaba un montón y nos juntábamos entre 10 y conseguíamos grandes cantidades.*

Después de ahí yo ya me empecé a cerrar solo, yo me fui solo, porque ya no me alcanzaba lo que consumíamos, un ejemplo, era una montaña así y ya no me alcanzaba, yo quería toda esa montaña para mí solo, me entendés? O... y más grande, o sea, ya era ahí, ya empecé a enviarme yo, ya no pasaba por una cosa de alegría, para estar con los muchachos.

Antes era un grupo...

15° M-23: *antes era en grupo o no [al principio si no estaba en grupo no consumía], porque solo no me gusta, entendés?, como hago, solo no me gusta, después era solo, o solo, o solo, porque me encanta estar solo. Y desde... hoy en día que tengo una soledad de “la c... de la madre”, perdón por la palabra, se me*

va (risas), pero es verdad, viví una vida solitaria, en pocos años, para mí fue una vida.

En el caso de las mujeres, según nos decía una de las psicólogas entrevistadas, ellas consumen:

“por el lado del amor [romántico], de las quejas por la soledad y las cuestiones del amor digamos, y el consumo como viene a solucionar eso de alguna manera. El consumo como forma también de hacer lazos con varones, por ejemplo ¿no?, consumo para estar con un varón, consumo para decidir, más bien para hacer lazos, en cambio en los varones a veces veo que rompen lazos”.

9.2.5. Clasificación de las sustancias y los/as usuarios/as

Como veremos a continuación, los/as usuarios/as tienen sus preferencias de acuerdo a los efectos que provocan cada una de las sustancias, las consecuencias que producen en el organismo, etc., al mismo tiempo que esgrimen toda una serie de valoraciones, significados y representaciones otorgadas socialmente. En este sentido, marcan diferencias entre las drogas que probarían y con las que jamás experimentarían. Esta clasificación de los tóxicos, connota a su vez un universo de significaciones y valoraciones que se tiene socialmente sobre las sustancias, y que al mismo tiempo son trasladadas a quienes las consumen.

Antropólogos/as y sociólogos/as especializados/as en el análisis sociocultural de la alimentación (Arribas, et. al, 1999) sostienen que el principio de incorporación que supone el acto alimenticio está sujeto a representaciones que operan tanto en lo biológico como en lo imaginario. Este tipo de análisis puede ayudar a comprender las significaciones sociales que se le otorgan al consumo de drogas. Considerando que la incorporación de una sustancia afecta a quien realiza la acción, de tal manera que ingerirla implica absorber sus propiedades, aquellas que se le han conferido socialmente, “llegamos a ser lo que consumimos” (Arribas, et. al, 1999: 235). Dicha acción compromete el lugar en el universo, la identidad de quien consume.

En la misma operatoria, la calificación denigrante, estigmatizante de una sustancia es trasladada a quien la consume. De este modo la clasificación de las sustancias en “aceptables” y “no aceptables”, las “drogas de villeros/as”, “drogas de los pobres” y “las de los/as otros/as” o “las de nosotros/as” es desplazada hacia los tipos de consumidores/as, “los/as pobres” y “los/as no pobres”, los/as “otros/as” y “nosotros/as”. Uno de los extremos en la clasificación realizada por los/as entrevistados/as, refiere a la mirada que los/as usuarios/as tienen sobre el uso inyectable de drogas, quienes ubican a esta vía de administración como una de las peores, en cuanto al riesgo de infectarse con VIH, Hepatitis B (VHB) y Hepatitis C (VHC), pero por sobre todas las cosas, vinculadas a las connotaciones de mayor estigmatización sobre los/as usuarios/as que “se pican”, ligadas al deterioro y compromiso con el consumo que tendrían quienes realizan este tipo de prácticas, vistos/as como aquellos/as que “ya están jugados/as”, “no les importa nada”, y donde la adicción estaría abiertamente declarada.

Muy cerca de esta categoría se encuentra quienes consumen “paco” y/o “pasta base”, o quienes utilizan sustancias volátiles o inhalantes, como pegamentos, combustibles, disolventes. Por tener estas sustancias una actividad psicoactiva muy intensa, pero breve en el tiempo, los/as consumidores/as suelen realizar ingestas intermitentes y reiteradas a fin de conseguir mantener sus efectos. Debido a su bajo costo, accesibilidad, venta libre (en el caso de los inhalantes) y a que sus efectos son inmediatos y de importante actividad psicoactiva, los/as usuarios/as de sectores sociales más desfavorecidos, aunque no sólo a este grupo se restringe, utilizan dichas sustancias como una de las drogas de inicio, y/o en una temprana edad. Frente a otras drogas ilegalizadas, cuyo precio es más elevado y de más difícil obtención, el paco y los inhalantes son una alternativa barata y accesible. Sin embargo, la alta toxicidad de estos psicotrópicos y la elevada frecuencia con que se consumen, produce gran deterioro físico y psíquico, constituyéndose en una grave amenaza para la salud y el bienestar de quienes las consumen. Ligado a que la imagen colectiva del/la usuario/a de “paco” y en especial el de volátiles es la de los/as niños/as en situación de calle y/o jóvenes marginalizados/as, los/as entrevistados/as califican a estas drogas como “*drogas de villeros/as*”.

¿Qué droga no probarías?

13° M-34: *Y no probaría inyectables, no probaría la morfina.... El paco no lo probaría jamás en mi vida, la pasta base tampoco.*

¿Por qué?

13° M-34: *Porque son drogas muy eh... ¿eh? Porque son drogas muy adictivas, muy dañinas... muy dañinas.*

¿Conoces gente que...?

13° M-34: *No. Que consuma “paco” no conozco, que consumió pasta base sí, G..., un chico de acá, y lo veo que está muy limado de la cabeza.*

Y, por ejemplo, ¿pegamento...?

13° M-34: *No, no jamás, no, no, drogas de villero no... No, no, no, no, no, no, nunca, nunca, nunca. Siempre cocaína, siempre cocaína... cocaína y pastillas.*

15° M-23: *De todo, o sea, yo probé también LSD, me puse en los ojos, eso lo hice ya a los 18. Hay muchas drogas, hay muchas drogas que yo no me animaba yo a absorber, como el tema de jalar “poxi-ran” y eso, nunca lo hice, ni nafta o “paco”. Y esas cosas, tuve la oportunidad y siempre dije que no, es algo que rescato de mí y yo sé que hay drogas que yo sé que son peores de las que hice y siempre dije que no o las pastillas y esas cosas, no era lo mío.*

¿Por qué no?

15° M-23: *no me gustaba el mambo, digamos, la locura que te dejaba, porque lo que buscamos nosotros, los adictos es la locura, escaparse de la realidad y esas cosas, viendo a la gente como quedaba no... como que me asustaba, decía “mirá si yo termino así o peor”.*

El otro extremo, estaría dado por las drogas de síntesis como el éxtasis. Éstas son connotadas socialmente como las de sectores más favorecidos económicamente, debido a su elevado costo y a los ambientes festivos donde son utilizadas, como *raves*, “*after hour*”, discos, fiestas privadas, así como los estilos musicales que las acompañan, de música electrónica, marcha, tecno. Las identifican con usuarios/as que buscan pasar de un estado normal a otro eufórico, de apertura de los sentidos, de hermandad, diversión,

con una socioestética particular que explora en profundidad la diferencia, la distinción entre los/as miembros del grupo, pero que al mismo tiempo busca agradar a los/as otros/as, ser sociable, distinguido/a, etc. Generalmente los/as usuarios/as de éxtasis no concurren a tratamiento a los servicios de salud pública, por lo tanto la proporción de “pacientes” del Hospital que han consumido éxtasis es ínfima. Sin embargo, el desafío de consumir estas sustancias que a nivel mediático es prometedor de placer, diversión, amor, hermandad, apertura de sentidos, y “no tan dañina como otras”, genera en los/as entrevistados/as cierta curiosidad.

¿Y otras drogas?

16° M-19: y otras drogas, si por ahí sí, si todas, digamos el éxtasis y otras cosas por ahí si las probaría, ahora no porque yo no quiero saber más nada, pero en su momento las hubiese probado.

La mayoría de nuestros/as entrevistados/as ubicarían en el medio de la clasificación a la cocaína y los psicofármacos, y casi por fuera de la tipología se hallarían alcohol y marihuana, ya que éstas últimas están acompañadas de una fuerte tolerancia social.

9.2.6. Preferencias en las combinaciones

Una de las referencias recurrentes que plantean los/as entrevistados/as, es la combinación del uso de cocaína y alcohol, con el objeto de contrarrestar los efectos secundarios de este último, como la somnolencia, la dificultad en el habla, etc. y viceversa: para contrarrestar la rigidez que produce la cocaína, utilizan alcohol.

En el caso de las mujeres, la mayoría de las veces alternaban ambas sustancias a fin de no ser tildadas de “borrachas”. Es una forma de conservar su reputación, y preservar su identidad acorde a los cánones de femineidad socialmente establecidos, enmarcados en un modo de subjetivación tradicional¹⁰⁷, hasta incluso “transicional”¹⁰⁸ (Tajer, 2009).

Al consumir algunas líneas de cocaína cuando ya estaban muy alcoholizadas, pensaban que se ocultaba esta situación y así podían controlar mejor sus acciones.

24° F-34: como que la tomaba como para rescatarme¹⁰⁹ del alcohol, para que no, o sea, yo siempre lo sentí así, como para que no se viera que estaba tan mal, alcoholizada, tomaba alguna línea de cocaína.

¿Por qué te parecía eso?

24° F-34: y en vez de desbocarme, de hacer papelones, es como que me mantenía más centrada, que se yo.

¹⁰⁷ Ver nota al pie n° 102.

¹⁰⁸ *Modo de subjetivación femenina de tipo transicional*: Producto de los cambios de mitad del siglo XX, ligados a la entrada masiva, aunque gradual, de las mujeres al mercado laboral asalariado y su concomitante acceso a los diversos niveles de educación formal. Se constata la conservación en su interior y desde la exigencia social, del modelo mujer=madre (Badinter, 1981; Fernández, 1993) tradicional, al que le adicionaron la inserción laboral y profesional, con la expectativa de que el varón siga siendo el principal proveedor económico y simbólico. Este modelo suele mantener el dominio masculino, aunque más atenuando que el anterior.

El sistema de ideales está basado en la maternidad y la conyugalidad como valores fundamentales combinados con expectativas en el mundo público, aunque las realizaciones personales ocupan un lugar secundario.

¹⁰⁹ Rescate: en la jerga de los/as usuarios/as de sustancias, rescatarse es hacer algo para cuidarse, para sentirse mejor; o comportarse “bien” según los cánones hegemónicos.

9.2.7. Lógicas de la temporalidad: “un tiempo que nunca termina” o... “perdiendo el tiempo”

En los varones, el uso de cocaína es percibido como una sustancia que los despertaba, despabilaba, les permitía ver el mundo distinto, lo describen como que podían encontrar cosas que al resto de la gente les eran ocultas, es decir, descubrir lo subyacente de las cosas o de las relaciones y al mismo tiempo los hacía más sociables. En el siguiente relato podemos ver cómo sentían, viviendo un estado donde el tiempo nunca acababa, es permanente, interminable.

¿Vos lo mezclabas con alcohol el consumo de cocaína?

21° M-26: Sí. A mí cuando empecé con la cocaína, lo que a mí me había gustado mucho de la cocaína, a mí me gustaba mucho salir, de chico, 13, 14 años yo ya salía a los boliches, y a mí lo que me gustaba de la cocaína era que el alcohol no me hacía el efecto ese de que por ahí a las 4 de la mañana me quería ir a dormir, entonces, esa mezcla como me ponía allá arriba y eran las 8 de la mañana y yo seguía disfrutando la noche, me entendés, entonces eso fue lo que más me motivó de la cocaína.

Como un tiempo que no se termina

21° M-26: No, no se terminaba nunca para mí, yo “¿a dónde van?, ¿a dónde se van?”, así. Incluso mi amigo, ¿no?, que hoy por hoy no consume más, gracias a Dios pudo salir, mi amigo no era igual que yo, o sea, él consumía a la par mío, pero se quedaba en su casa, todo, yo eran las 12 de la noche y llamaba a gente para salir porque no podía estar encerrado, yo quería salir, a mí me hacía ese efecto, a mi amigo no, ya a él ya le estaba dando de otra manera, yo fui así durante 5 años de consumo fui así, de los 17 ponele hasta los 22, 23 fui así, viste, de... ¿vamos? y vamos, y había gente que me decía: "loco, dejame de hinchar las pelotas yo no puedo ni salir a la calle", claro y yo sí, yo podía, viste, y hasta me reía con el consumo y también había gente [que le decían] "¿de qué mierda te reís? Mirá cómo estás", y yo me reía, a mí me hacía eso.

Siguiendo a Sánchez Antelo (2011), se puede afirmar que mientras en una primera etapa del capitalismo (mercantil) los esfuerzos fueron por jerarquizar los tiempos y disciplinar las prácticas en pos de más y mejores cuerpos productivos, en el escenario actual las estrategias para el gobierno de esos cuerpos se modifican incorporando nuevas políticas del tiempo. Las significaciones de los tiempos no-productivos se redefinen, lo que instala nuevas jerarquías. El cambio de la sociedad industrial a la sociedad de consumo, requiere de un cambio en la significación de los tiempos, así como otros tipos de disponibilidades y cuerpos.

De manera tal que la recolonización de los otros tiempos, busca dar respuestas a las necesidades del modelo con eje en el consumo, más que en la producción.

Es frecuente en los relatos de los/as informantes, la referencia a que con el consumo perdieron tiempo, mientras que paradójicamente consideran que durante el consumo el tiempo era interminable, el tiempo destinado al consumo y al placer, efímero por cierto, era constante, no dormían, no comían, vivían en un tiempo donde el día y la noche aparecían indiferenciados. No operaba en ellos/as una diferencia entre un tiempo

productivo y uno de ocio, sino que el tiempo del consumo era interminable, constante, donde la lógica del capital se manifestaba en su máxima expresión de consumo. En este sentido se constituyen en los/as sujetos/as más adaptados a los modos del sistema capitalista en la actualidad, a la sociedad de consumo: vivir para consumir(se).

13° M-34: perdí... más de 10 años de mi vida. Corriendo atrás de algo que no me llevaba a nada. Perdí dinero... porque en definitiva lo perdí.

29° F-22: perdí todo, porque perdí a mis amigos, perdí dos años de la escuela, todo perdí.

18° M-41: perdí un montón de tiempo, y económicamente me gastaba todo.

¿A qué te referis con perder tiempo?

18° M-41: en formar... muchas cosas, yo hace 8 años que estoy en pareja, y recién ahora estamos empezando a buscar para tener un nene, porque anteriormente me había planteado mi señora que así, en el estado en que yo estaba, ella no iba a quedar embarazada, entonces ahí perdí 8 años, y ya podría haber tenido un hijo.

9.2.8. Experiencia del padecimiento

En este apartado sintetizaremos algunos de los modos en que los/as protagonistas de esta investigación y los/as integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo acerca del padecimiento y su atención. Se trata de las representaciones y las maneras de relacionarse con los procesos y complejos asistenciales (Comelles, 2000), y las formas de gestionar el tratamiento y por consiguiente, los tipos de accesibilidad ampliada que se construyen.

11° M-36: yo lo hago [el tratamiento] porque casi me muero, y ellos [su red social cercana] no se iban a morir, yo me moría, ellos no se iban a volver locos, yo me iba a volver loco (...), acá la vida que está en juego acá, es la mía, y el que se jodió mal con esto fui yo.

11° M-36: yo me acuerdo, ahora sé lo que es el, el infierno en la tierra, es estar muerto en vida 18 años, [llora, se le llenan los ojos de lágrimas], nunca más, nunca más, eh, y yo, mirá me hiciste acordar, de eso, pero está bueno, no me tengo que olvidar yo, de dónde estuve. No, yo no me tengo que olvidar, ni de mi pasado, ni de lo que sufrí, no, no me tengo que olvidar, da dolor, a veces me da dolor, pero no, no debo olvidarme.

Este relato sintetiza de algún modo lo expresado por la mayoría de los/as informantes, donde se enlazan sentimientos de dolor, sufrimiento, malestar, marginalización que operan en la subjetividad de los/as usuarios/as.

La estigmatización, “el cartel” -como ellos/as lo llaman- de “faloper/a”, “borrachín”, “drogadicto/a”, se conjugan en la construcción social de una identidad que deviene en negativa, y de la cual es muy difícil desprenderse.

4° M-46: *viste el tipo que sale... que estuvo preso, como que tenés la z del zorro marcada en la espalda, porque internamente vos sabés y la persona que está al lado tuyo y que te conoce sabe cómo estás.*
Ahora el de afuera, para el de afuera, vas a ser siempre el falopero, el borrachín y si te ven bien “ay que bien te veo” por ahí te dan una palmada en el hombro, pero se fueron y dicen “¡vamos a ver cuánto le dura!”, yo sé que es así.

Por su parte, el sentimiento en las mujeres es de culpa, culpa por “no haber cuidado como ‘debían’ a sus hijos/as”, por no ser un buen ejemplo, por no “cumplir” con el rol tradicional (Tajer, 2009) de género. Sienten que perdieron valores, aquellos valores que se asocian a una “buena madre”.

24° F-34: *perdí un montón de cosas.*

¿Por ejemplo?

24° F-34: *y la niñez de mi hija, la más chica, la perdí. Perdí la confianza de mi hija, la más grande. Muchos valores perdí.*

¿Valores?

24° F-34: *si*

¿Cómo cuáles?

24° F-34: *y valores de darle un ejemplo como la gente a mis hijas, estaba tan metida en mi historia, en mi problema, que como que las dejé un poco de lado a ellas. Siempre protegiéndolas, aislándolas, que se yo, haciendo que mi vieja me las cuide, que mi hermana me las cuide, que las tengan, mi hija me pedía ir con mi vieja o con mi hermana ponele, dos o tres días y las dejaba y en ese sentido yo consumía. Siempre tratando de ocultar todo eso, que no lo vean, pero bueno siempre pienso yo, que hay un descuido que ellos presienten todo.*

25° F-30: *y hoy mal, porque quise entrar ahí pensando que me iba a olvidar de todo y ahí es peor, y ahora más con culpa.*

¿Culpa de qué?

25° F-30: *por mis hijos, porque ¿qué ejemplo les puedo dar?*

Asimismo, son rechazadas y estigmatizadas por sus familiares, parejas e hijos/as.

2° F-56: *Algunas sentencias tuve, suponete, por ejemplo, mi marido que decía “¡si no deja de tomar la interno!” eso me marcó, después me parece que los chicos M. [su hija] me dijo “yo no quiero una madre borracha” y más que eso me dejó y D. [su hijo] me miraba y lloraba, fueron más los chicos y por mí, mi marido no, los hombres van y vienen”.*

La cuestión de la tenencia de los/as hijos/as es otra cuestión recurrente en las mujeres, por ello, utilizan toda una serie de artilugios para poder ocultar su consumo. En algunos casos no logran encubrirlo y deben concurrir a tratamiento para poder recuperar la tenencia.

30° F- 23: *necesito que la jueza me dé la orden de que estoy bien, porque mi mamá hizo, pidió la custodia, la tutela temporal, cuando me vio tan mal a mí.*

9.3. Conclusiones

Tal como explicamos anteriormente las políticas públicas en general y las políticas de salud en particular no afectan de igual modo a mujeres, a varones y a otras expresiones genéricas desiguales.

Igualmente señalamos que las políticas dirigidas al abordaje de los consumos de sustancias no han incorporado hasta el momento una perspectiva de género.

Por tal motivo consideramos una tarea urgente poner de relieve las inequidades presentes en la atención al eludirse no sólo cuestiones relativas al género, sino también otras dimensiones de desigualdad que operan en las experiencias de los/as sujetos/as, como la clase, edad, etnia, “raza”, etc.

A lo largo de este capítulo establecimos diferencias claras entre mujeres y hombres en los hábitos de consumo.

El inicio del consumo entre los varones se halla socioculturalmente habilitado en distintos ámbitos públicos, donde el uso de alcohol y otras sustancias como elementos vehiculadores de las relaciones interpersonales, se encuentra altamente ritualizado, operando estrategias sutiles de control intragrupo.

Además destacamos cómo diversos factores de índole personal, familiar, intragrupal y sociocultural operan en las subjetividades de los consumidores para que el uso iniciático, episódico se extienda en el tiempo, comenzándose de este modo una trayectoria de consumo.

Tanto en el ámbito doméstico como el público, las experiencias traumáticas que se les presentaron a las mujeres que entrevistamos incidieron en el consumo. Nos referimos a situaciones de abuso sexual y violaciones, al igual que otras violencias de género en sus múltiples variantes: física, psicológica, patrimonial, etc.

En algunos casos fue la situación de violencia la que detonó el inicio del consumo, en otros la ingesta de drogas o alcohol ubicó a estas mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad para actos violentos o para perpetrarse en el tiempo estos episodios. Con consecuencias graves en el plano subjetivo que es vivido como castigo no sólo corporal sino también moral. Debido al escaso acompañamiento terapéutico postrauma recibido, el malestar queda en latencia hasta que es puesto en análisis al comenzar el tratamiento por consumo de sustancias.

Otra circunstancia que pudimos distinguir en estas mujeres es el haber comenzado a consumir al estar en pareja con usuarios de sustancias, en algunos casos por presión de éstos para que consuman, en otros por compartir con ellos la experiencia, poniéndose de manifiesto relaciones desiguales de poder. En tales situaciones, generalmente el varón es quien provee las sustancias para el consumo. En casos de ruptura de la pareja las mujeres incrementaron la ingesta o experimentaron con otras drogas.

Asimismo, las experiencias de las mujeres circunscriptas al ámbito del hogar, con una elevada carga de trabajo no remunerado y escasa realización personal, desde un modelo tradicional de la división de roles de género, es contrarrestada con una “tranquilidad recetada” (Burín, 1990) mediante la ingesta de psicofármacos.

Luego del período de experimentación, la trayectoria de consumo se fue dando progresivamente como forma de evasión de la violencia, o ligado a trastornos depresivos, o asociado a la superación de desafíos personales.

También hicimos referencia al proceso de feminización del consumo de drogas, en el cual cada vez más mujeres ingresan en el circuito, con una tendencia hacia la equiparación de la ingesta que realizan los varones.

Mientras que un alto porcentaje de mujeres adquiere sustancias legalizadas como alcohol y psicofármacos, al ser de más fácil acceso, sin someterse a riesgos, ni ser estigmatizadas por su búsqueda. Otras, que consumen drogas ilegalizadas, les son provistas por sus parejas o mediante delivery. Por ello los lugares de consumo de las mujeres adultas, generalmente es el doméstico, en soledad o con sus parejas. Mientras que las más jóvenes comparten espacios junto a los hombres, como la fiesta, la noche, el encuentro en el ámbito público, con una ingesta grupal. Aunque a medida que el consumo se hace más frecuente e intensivo prefieren pasar a hacerlo individualmente.

En prácticamente todos los relatos, ya sea de mujeres o de hombres, si habían iniciado su consumo grupalmente, a medida que se iba haciendo de manera intensiva, se desplazaban las relaciones sociales con los pares, para pasar a establecer una relación diádica con la sustancia, rechazando al grupo. Algunos motivos eran de índole económica, territorial, por cuestiones de seguridad, para disfrutar mejor del “mambo”, sin embargo, todas culminan en la soledad.

Tanto en las mujeres y los varones, las prácticas de consumo están altamente ritualizadas, no sólo en la adquisición de destrezas, saberes para poder desenvolverse en el circuito de adquisición de las drogas mediante ciertos códigos, jerga lingüística, etc., sino que también deben aprender a consumir, tanto para preparar las sustancias, como para evitar efectos no deseados, o riesgos.

Es frecuente que apareciera en las usuarias y usuarios que están en tratamiento, la referencia a que con el consumo sintieran que habían perdido el tiempo. Sin embargo, de manera paradójica manifestaban que cuando estaban en períodos de ingesta intensiva el tiempo era interminable, constante. Es aquí donde la lógica del capital se manifiesta en su máxima expresión, “vivir para consumir(se)” (Epele, 2010).

La experiencia del padecimiento, más allá de las particularidades de cada caso, se va tiñendo de sufrimiento, dolor, malestar, marginalización, operando no sólo a nivel subjetivo sino también en el plano vincular. La expresión de “estar muerto en vida” o “sé lo que es el infierno en la tierra” sintetizan de algún modo el tormento.

La identidad devenida en negativa se va configurando a medida que recae sobre ellos/as distintos modos de expresión del estigma.

En las mujeres los sentimientos de culpa, por considerar no haber cumplido con los mandatos tradicionales de género, como mujer=madre, sumisa, delicada, prolija, las sume en períodos depresivos, con autolesiones e impotencia para encontrar “la salida”. Asimismo, son rechazadas y estigmatizadas, con mayor intensidad que en los varones, por su familia, parejas e hijos/as. Además la tenencia de los/as hijos/as es utilizada por sus allegados de manera coercitiva para que hagan tratamiento.

Mientras que en el caso de los hombres, socioculturalmente se acepta más el consumo, salvo cuando éste se vuelve problemático, en las mujeres es rechazado y por ello son doblemente estigmatizadas.

CAPÍTULO 10. GESTIÓN DEL TRATAMIENTO

En este capítulo analizamos los modos en que los/as consumidores/as de drogas y alcohol y su red social de pertenencia actúan frente a los padecimientos. La interpretación sobre el gestión del tratamiento incluye las visiones diferenciadas que tienen por un lado los/as usuarios/as y por otro los/as trabajadores/as de salud según género, en relación a cómo conceptualizan el uso de drogas (incluido el alcohol) en cuanto al nivel de especificidad, racionalidad y consecuencia y en relación a las causas que devienen en un “uso problemático” y para quiénes se constituye en problema. Asimismo, indagamos sobre cómo los/as usuarios/as hacen ajustes o modificaciones a las “indicaciones de los profesionales” en función de sus circunstancias personales y acorde a las sugerencias y/o demandas de su red familiar y social; indagamos sobre los motivos en la consecución o suspensión temporal o definitiva de las indicaciones de los/as trabajadores/as de salud, la existencia o no de estrategias alternativas provenientes de otros tipos de modelos de abordar la enfermedad (incluidos los religiosos) a partir de las consideraciones que hacen de costo-beneficio (Mercado-Martínez, 1999). En este sentido, tratamos de identificar de qué manera las diferencias entre los géneros pueden traducirse en inequidades en el acceso a los sistemas de salud.

Algunos estudios (Galante y otros, 2011: 1) han demostrado que la criminalización del uso de drogas “ha estigmatizado a los/as usuarios/as, alejándolos/as de los servicios preventivos y asistenciales”. Este fenómeno se constituye en una clara barrera de accesibilidad a la hora de poder recibir tratamientos adecuados, cercanos a sus lugares de residencia y basados en una atención integral. Frente a estas situaciones los/as usuarios/as, familiares y comunidades utilizan distintas estrategias para afrontar sus padecimientos.

En este sentido, Menéndez plantea que los “procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los/as diversos/as sujetos/as y conjuntos sociales” (Menéndez, 2009: 30).

Dentro de ese marco, en base a los comportamientos de grupos y personas respecto a sus padeceres, Menéndez (1990; 2009) realiza una clasificación de diferentes modelos de atención, que resulta útil para organizar la diversidad de respuestas de atención de los consumos problemáticos de sustancias. De acuerdo a los saberes que se ponen en juego y las herramientas que se despliegan, el autor identifica los siguientes tipos de atención:

a) *Modelo Médico Hegemónico*, entendido como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1990). Aquí se incluyen saberes y formas de atención de tipo biomédico implementados por personal médico y paramédico que trabajan en los tres niveles de atención respecto de padecimientos físicos y mentales y que incluyen saberes preventivos de tipo biomédico. También

deben incluirse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina (Menéndez, 2009). El servicio hospitalario objeto de nuestro estudio se inscribe en este tipo.

- b. *Modelo Médico Alternativo Subordinado*: en esta clase se integran las prácticas reconocidas generalmente como “tradicionales”. Pero esta calificación no sólo connota una suerte de “pasado” cargado de valores, sino que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes (Menéndez, 1990). Son contemplados en este modelo saberes y formas de atención de tipo “popular” y “tradicional”, incluyendo el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos (Menéndez, 2009). Algunos/as de los/as usuarios/as entrevistados/as hicieron referencia a prácticas que se inscribirían en este enfoque, desde la búsqueda de apoyo espiritual, hasta respuestas inscriptas en terapias alternativas como flores de bach, yoga, etc.

Aquí se incluyen también las Comunidades Terapéuticas (CT) que aunque no exista un único tipo de CT, puede decirse que en general intentan modificar la “personalidad adictiva”, que caracterizaría a los/as usuarios/as de drogas, a través de una socialización. La resocialización se logra cuando el/la usuario/a transita una fuerte experiencia afectiva en la comunidad y respeta el rígido sistema de reglas que la organiza. La importancia de la internalización de normas, en este dispositivo, radica en que el/la usuario/a modifique sus hábitos y comportamientos, lo que le permitiría vincularse de un modo más saludable con su entorno, y por ende, sostener la abstinencia (Galente, et al, 2010). Como se describe más adelante, el dispositivo de Centro de Día que pertenece a nuestro hospital de referencia implementa estrategias propias de las Comunidades Terapéuticas.

- c. *Modelo de Autoatención*: basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona usuaria o personas allegadas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos vinculares. En éste no interviene directamente un/a curador/a profesional. La autoatención supone desde acciones “conscientes” de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad. Este modelo se expresa a través de dos tipos básicos: i) las centradas en los grupos primarios, especialmente en el grupo doméstico, y ii) las organizadas en términos de grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, etc. (Menéndez, 1990; 2009).

Al respecto Menéndez considera que “de los diferentes saberes y formas de atención, y especialmente desde el saber e instituciones biomédicas, sólo se tiende a reconocer algunas de las formas y saberes, y no las más diversas y a veces impensables actividades curativas o sanadoras. Pero además tiende a generarse una visión estigmatizada y excluyente de por lo menos algunas formas y saberes, subrayando que la eficacia, la eficiencia y la legitimidad están referidas exclusivamente al saber biomédico” (Menéndez, 2009: 34-35).

De manera similar Comelles (1997) considera que ante una crisis personal y/o colectiva se desencadena un proceso de movilización social que denomina *procesos asistenciales*. Los mismos se estructuran en base a decisiones coyunturales de los microgrupos, de los/as particulares y giran en torno a experiencias de autoayuda, ayuda mutua o autocuidado que no necesariamente se organizan en torno a las disposiciones de los dispositivos asistenciales formales, o de los/as profesionales de la salud, sino a partir de una combinación de saberes específicos elaborados sobre la base de las experiencias previas del colectivo. A menudo son el fruto de los avatares que implican formas excepcionales de crisis y que obligan a improvisar, ensayar soluciones para salir adelante con independencia de las reglas y las normas.

Como veremos a continuación, además de esta diversidad de respuestas realizadas tanto por los/as sujetos/as que consumen como por su red social de pertenencia para operar sobre los padecimientos, se observan también diferencias en los modos en que se vinculan con los servicios públicos de atención específica de los usos problemáticos de sustancias.

10.1. Inicio de tratamiento

Según nos pudimos constatar, en el Hospital son tres las maneras en que llegan a tratamiento los y las usuarios/as de alcohol y drogas: a) voluntariamente; b) traídos/as por algún miembro de la red social de proximidad; o c) por la determinación de un/a juez/a que indica la evaluación para iniciar tratamiento (causa judicial penal o civil).

De los casos documentados durante el trabajo de campo se desprende que las situaciones previas al inicio de tratamiento se enmarcan dentro de un período de consumo intensivo, existiendo una alta prevalencia de exposiciones a situaciones de riesgo como sobredosis, intentos de suicidio, en los varones participación en actos delictivos con o sin armas de fuego, protagonismo en peleas en el ámbito doméstico o público, exposición a prácticas sexuales sin protección que los/as vulnera a adquirir VIH u otras ITS, o haber “*estado una semana consumiendo sin parar*”.

12° M-42: Me interné cuando me di cuenta que no podía parar y hacia tres días que no dormía y estaba tomando.

En muchos casos el tratamiento opera como un espacio de “*rescate*”, resguardo frente a la participación en escalada en situaciones de riesgo, recurriendo a los servicios de atención especializados para estar “*guardados/as*” un tiempo, o para disminuir la intensidad con que venían consumiendo y de ese modo poder desintoxicarse.

Como señalamos en el capítulo 8, las mujeres concurren a tratamiento en una proporción de 1:4 respecto de los hombres. Además demoran más años en hacer la primera consulta, pero una vez que inician el tratamiento pudo observarse que abandonan menos que los varones.

10.2. Complejos asistenciales

El complejo asistencial es el ámbito de referencia en el cual se piensa, se representa simbólicamente y despliegan sus decisiones los/as actores sociales, y cómo a través del aprendizaje basado en la experiencia, elaboran conocimientos con los cuales tratarán en el futuro de manejar nuevas crisis. Hace referencia a la percepción del valor de los recursos (intelectuales, emocionales, sociales, institucionales y culturales de los microgrupos) en relación con la disponibilidad de los mismos, y que se basa en la experiencia colectiva en relación a ellos. Se trata de un proceso en el que operan representaciones sociales y culturales, transacciones entre colectivos, procesos de mediación social e intelectual, prácticas que traducen la influencia sobre los grupos locales de instancias macrosociales, y a la forma como los/as actores incorporan las experiencias subjetivas (Comelles, 1997).

Al analizar las trayectorias de las/los entrevistadas/dos, en relación a los complejos asistenciales (Comelles, 2000), podemos ver que no todos/as recorren los mismos caminos. En algunos casos este Hospital fue su primer acercamiento a un tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas; otros/as tuvieron distintas experiencias, pudiendo haber iniciado voluntaria o involuntariamente su proceso asistencial. Algunos/as llegaron a tener hasta 9 internaciones en diversos organismos públicos y/u organismos no gubernamentales, como Clínicas, Comunidades Terapéuticas, Servicios de salud mental de Hospitales Generales, varios/as fueron atendidos/as por psicólogos/as o psiquiatras particulares, o recurrieron a Centros Provinciales de Atención de Adicciones (CPA) dependientes de la actual Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires; algunos/as incursionaron en Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos y otros grupos de Autoayuda de diversa orientación, ya sea laica o religiosa (fundamentalmente cristiana o católica).

Durante el trabajo de campo, uno de los tópicos que se indagaron con especial atención fue la manera en que los/as usuarios/as vivenciaban el paso y trayectoria por las diversas modalidades asistenciales, las representaciones que tenían sobre las mismas, y las posibilidades de poder acceder y recibir en ellas un tratamiento integral de abordaje de la “problemática”.

A continuación se analizan las representaciones que tienen los y las usuarios/as sobre las dos modalidades de tratamiento que el Hospital ofrece.

10.3. Modalidad ambulatoria en el hospital zonal especializado en adicciones

Uno de los aspectos del tratamiento ambulatorio que se destacan en los relatos de los/as entrevistados/as es la mirada integral que se tiene de la problemática, que se condice

con la oferta de servicios que se les brinda a las personas desde el comienzo del proceso asistencial.

De acuerdo a la observación participante realizada durante el trabajo de campo, pudimos registrar distintos dispositivos¹¹⁰ e intervenciones dispensadas desde el equipo multidisciplinario. La oferta del nosocomio se desarrolla de la siguiente manera: luego de la entrevista de ingreso efectuada por duplas de profesionales, donde se diagnostica la modalidad que el equipo considera mejor se adecua al caso (ambulatoria, casa de día o derivación a un centro de internación), se otorga al/la consultante un turno con el médico clínico, quien evalúa su estado de salud general e indica la realización de radiografías y prácticas de laboratorio. En aquellos casos que consideran necesario, indican además, la atención de un/a médico/a psiquiatra y/o de un/a trabajador/a social, según valoran la necesidad que se debe abordar. Asimismo le asignan, de acuerdo a las características del caso y la disponibilidad de terapeutas, un/a psicólogo/a¹¹¹ que será quien, a partir de allí guíe el tratamiento. Este/a profesional, puede ofrecer al/la paciente durante el transcurso del tratamiento, concurrir a grupos: de autoayuda que se reúne dos veces por semana, talleres de expresión, computación, sexualidad, y otros. Además cuentan con una Terapeuta Ocupacional con la cual trabajan el uso del tiempo y la ocupación.

Según nos relataron los integrantes del equipo, en algunas oportunidades intentaron conformar grupos de “familias” pero como veremos en el análisis de las entrevistas a los/as profesionales, existen dificultades en sostener estos espacios y no todos los/as especialistas trabajan con las familias, ni se hayan preparados/as técnico-epistemológicamente para abordajes grupales.

Centralmente los tratamientos se encausan en los ámbitos de terapia psicológica y psiquiátrica siendo, el resto de los dispositivos complementarios a estos dos.

Cabe destacar que en nuestra investigación, de acuerdo a los criterios de selección de los/as informantes, para el caso de personas en tratamiento, los/as entrevistados/as habían superado el mes de atención en el servicio, ya estando establecidos los acuerdos y pautas terapéuticas y la transferencia con el equipo asistencial y la institución, es

¹¹⁰ Para Michel Foucault (1993) el dispositivo en primer lugar, constituye un conjunto resueltamente heterogéneo, que implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. El dispositivo mismo es la red que puede establecerse entre esos elementos.

En segundo término, en relación a la naturaleza del vínculo que puede existir entre esos elementos heterogéneos –discursivos o no discursivos- existe algo así como un juego, cambios de posición, modificaciones de funciones que pueden también ellos ser muy diferentes.

En tercer lugar, por dispositivo se entiende una especie de formación que en un momento histórico dado, ha tenido como función principal la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene una función estratégica dominante (Foucault, 1993).

El dispositivo está siempre inscrito en un juego de poder, pero también siempre ligado a uno o unos bornes de saber, que nacen allí pero que, igualmente lo condicionan. Eso es el dispositivo: unas estrategias de relaciones de fuerzas soportando unos tipos de saber, y soportadas por ellos. Lo que Foucault llama dispositivo es un caso mucho más general de la episteme. O más bien que la episteme es un dispositivo específicamente discursivo, a diferencia del dispositivo que en sí es discursivo y no discursivo y sus elementos son mucho más heterogéneos (Foucault, 1993).

¹¹¹ En su mayoría, los/as profesionales psicólogos/as adscriben a una corriente psicoanalítica lacaniana, aunque los/as que llevan más años de trabajo en el servicio son más eclécticos/as técnico-epistemológicamente en las intervenciones.

decir, que posiblemente hubieran superado una etapa de extrañamiento frente a la modalidad de tratamiento y estuvieran atravesando un período de afiliación. Consideramos que por ello, son pocos los casos donde se pudieron registrar dudas en relación a la necesidad de tratamiento. Sin embargo, veremos más adelante distintos aspectos que se relacionan con elementos que pueden atentar en contra de la continuidad del mismo.

En este sentido, de acuerdo al análisis realizado sobre el registro que el hospital tiene del movimiento (ingresos, permanencia y egresos) de “pacientes”, observamos que las mayores deserciones se ubican en el transcurso del primer mes de tratamiento, por lo cual consideramos necesario indagar en futuras investigaciones, cómo opera esta modalidad de tratamiento en más del 50% de los/as consultantes que abandonan en las primeras semanas. En los apartados siguientes evaluaremos diversos factores que pueden ser considerados a la hora de analizar la accesibilidad ampliada, es decir, las posibilidades concretas que las personas tienen de permanecer en el tratamiento.

10.3.1. Percepción de los y las usuarios/as sobre la atención

Según pudimos registrar, las personas que se atienden en el Hospital mayoritariamente tienen una valoración positiva de la oferta asistencial brindada. Los/as concurrentes se llevan una buena impresión de las instalaciones, la rápida y cordial atención del personal recepcionista, y el buen trato recibido desde los/as profesionales es destacado por los/as entrevistados/as. Comparativamente con otras instituciones de carácter general, el hecho de ser un Hospital pequeño, monovalente, aunque incluye toda la diversidad de presentación casuística de la misma, establece una diferencia en cuanto a la complejidad que presentan otros establecimientos sanitarios de la Provincia. Ello permite brindar un servicio más acorde a las necesidades de los/as usuarios/as aunque veremos más adelante las limitaciones que se presentan.

Los/as informantes entrevistados/as manifiestan sentirse contenidos/as, escuchados/as, acompañados/as, que se preocupan por ellos/as. Un ejemplo identificado por varios/as de ellos/as es que, luego de algunos turnos a los que no habían concurrido, habían sido interrogados/as respecto a los motivos de sus ausencias, y en algunos casos habían sido llamados/as telefónicamente para indagar sobre posibles dificultades para asistir a las citas programadas. Estas acciones por parte del personal, lejos de ser registradas como un acto de control, son percibidas como una actitud de interés y buena atención, ya que generalmente eran acompañadas de una reprogramación de los turnos.

Un aspecto recurrente en las narrativas de los/as entrevistados/as es el registro que tienen de no ser culpabilizados/as por los/as profesionales, ni responsabilizados/as sobre los orígenes de sus malestares, ligado a una postura intermedia entre las intervenciones abstencionistas¹¹² y de reducción de daños¹¹³. Es decir, si bien el tratamiento busca

¹¹² **Abstencionismo**: propone intervenciones orientadas a eliminar el uso de drogas. La educación sobre drogas (habitualmente denominada prevención primaria) tiene como objetivo disuadir a la población de la utilización de estas sustancias, en tanto que la asistencia a los usuarios de drogas se focaliza en la

como meta a largo plazo la suspensión de la ingesta de sustancias, no se pretende que esto sea una condición para iniciarlo sino que será una consecuencia buscada por el mismo proceso terapéutico. Al respecto veremos desde la mirada de los/as profesionales algunas tensiones sobre este punto.

¿Qué encontraste acá que no encontraste en otro lado?

6° M-38: como que no me culpan de tomar, vamos viendo, me van ayudando, pero no es que está mal lo que yo hago. Claro que está mal que yo tomo, yo también sé que está mal, pero con decir que está todo mal ¿qué solución me dan?

Otra estrategia que se enmarcaría en el respeto de los derechos de los/as pacientes, es cuando en algunas situaciones los/as concurrentes han solicitado cambiar de terapeuta ya que no se sentían a gusto con la prestación dispensada por el/la profesional asignado/a. A tal efecto, tuvieron buena respuesta frente al requerimiento, otorgándoseles el derecho a elegir otro/a psicólogo/a.

Al indagar los motivos asociados al pedido de cambio de profesional se pudo identificar aquellos ligados a: la orientación teórica generalmente de psicoanálisis lacaniano más ortodoxo; otros vinculados a no poder generar una buena transferencia paciente-terapeuta en relación a la forma de atención o de presentación del/la terapeuta; en algunos casos se plantearon la existencia de una culpabilización del/la usuario/a consecuente con una visión moral por parte del/la profesional y por último, algunos planteos se ligaron a que el/la paciente y el/la trabajador/a del servicio se conocían previamente directa o indirectamente por fuera del ámbito hospitalario.

Estos cambios oportunos y a tiempo, les permitieron sentirse escuchados/as, respetados/as, atendidos/as en el marco de una perspectiva de derechos y coadyuvaron en favor de la accesibilidad ampliada.

10.3.2. Algunas particularidades en la gestión de tratamiento de las mujeres

Volviendo la mirada hacia las mujeres usuarias, observamos que una situación recurrente que se les presenta, es la dificultad de poder afrontar su tratamiento al mismo tiempo que sostienen una doble carga de trabajo (en el ámbito público, en el doméstico y en algunos casos al hacerse cargo del cuidado de los/as hijos/as o familiares mayores y/o enfermos). Como consecuencia de ello, dejan para última instancia su propia salud.

24° F-34: A la mujer se le complica más, eh... me parece a mí eso. Y después también, otra amiga de antes (...) que yo sé que también fumaba. Y ahora ella está, también, con el novio internado, rehabilitándose. Ella lo internó para ayudarlo. Tiene a su hija, que tendrá once años [la hija]. Y se tiene que ocupar de

suspensión del consumo, la que muchas veces es condición necesaria para iniciar un tratamiento (Ver capítulo 5, apartado 5.2).

¹¹³ **Reducción de daños:** propone intervenciones orientadas a disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas y/o alcohol. La educación y asistencia sobre drogas se basan en una jerarquía de objetivos - de corto, mediano y largo alcance- entre los que la abstinencia no es forzosamente condición necesaria (Ver capítulo 5, apartado 5.3).

la hija, de su casa, de sus papás, de su laburo, de rescatar al novio, de rescatarse ella.

Atendiendo a estas consideraciones, no es casual que “Sofía”¹¹⁴ en el relato sobre su amiga, haya ubicado en último lugar el “rescatarse a sí misma”; en la práctica cotidiana de las mujeres, socializadas desde el sistema patriarcal, y acordes con un modelo de subjetivación tradicional e incluso transicional (Tajer, 2009), se observa que la consulta para abordar su propio uso problemático de sustancias es dilatada en el tiempo. Generalmente primero se ocupan de resolver los problemas del resto de la familia y luego de sí mismas.

Si bien es cierto que para el caso de otras situaciones de salud-enfermedad las mujeres son las que realizan la mayor cantidad de consultas en el sistema sanitario, puesto que el género femenino está habilitado socio-subjetivamente para expresar y consultar por su malestar en salud (Tajer, 2004), sin embargo, consideramos que existen ciertos aspectos que atentan contra la atención de esta problemática. Entre ellos hemos podido identificar: mayor estigmatización por ser “mujer adicta”; de ello surge una desvalorización en referencia a su rol materno; en vinculación con esto último tienen temor a perder la tenencia de sus hijos/as; también identificamos presencia de sentimientos de culpabilidad y baja autoestima; por último, registramos toda una serie de discriminaciones que recaen sobre ellas (al ser catalogadas como mujeres fáciles, sucias, descuidadas, etc.). Por todo esto ubican en última instancia la consulta por el propio uso de sustancias.

Por otra parte, los motivos por los cuales las mujeres realizan consultas sobre sí mismas, se asocian con otros problemas de salud, entre los cuales se encuentra en primer lugar los referidos a la salud sexual y reproductiva.

Un ejemplo de ello es el caso que sigue.

¿Y por qué faltabas?

26° F-33: Y porque... el trabajo, el estudio, me operé las varices, me puse el DIU también este año, estaba con turnos, con médicos, por el frío, la lluvia. Son muchas cosas...

¿Y vos eso se lo explicabas [a su psiquiatra]?

26° F-33: Si, pero igual, es como que... “Es media hora, una vez cada quince días. ¿No te podés organizar?” ¿entendés? Y... y nada, se me complicaba, por ahí, se me complicaba. Con la Doctora P. [su psicóloga] fue menos, porque es el horario y el día que yo tengo que cursar. Me viene bárbaro ¿viste? Y eso ayuda mucho también.

Otro factor vinculado a las particularidades de género en los dispositivos terapéuticos, es el que se analiza en el siguiente relato sobre las estrategias que las mujeres utilizan para soslayar las identificaciones sociales negativas como “adictas”.

25° F-30: la mujer es muy, viste, por miedo “al qué dirán”. Pero no, un espacio especial para mujeres no, porque vos tenés individual cada uno, o sea, ahí es donde veo, o sea, ahí es donde yo siento que es mi lugar sola, o sea, yo a mí no me

¹¹⁴ Como se indicó anteriormente, para resguardar la identidad de los/as entrevistados/as se utilizó un código de identificación, sin embargo, en algunos casos se utilizaron seudónimos para hacer más amena la lectura.

molesta, pero está bueno que estemos juntos mujeres y varones en el hospital para que no se note.

“Elena” halla ventajoso que se atienda a las mujeres en la misma institución que a los varones. La referencia a que de tal manera “no se note”, se asocia a que la mayoría de las mujeres que se observan diariamente en el hospital son las mujeres que acompañan a los usuarios varones (madres, hermanas, parejas, amigas, etc.). Este hecho, permite ocultar a aquellas mujeres usuarias de sustancias que concurren para abordar su problemática de consumo, entre las que vienen como acompañantes. Es decir, al ingresar al centro y en la sala de espera observamos muchas mujeres que concurren al hospital, sin embargo, un/a observador/a indiferente no podrá distinguir si se trata de una pariente o amiga, o una usuaria en tratamiento. Inclusive, algunas entrevistadas cuentan que han preparado excusas para dar en caso de encontrarse con alguien conocido/a, planteando que “vienen para ayudar a algún familiar”.

Otro aspecto que se halló y que concuerda con otros estudios (Reed, 1985; Robert y Nashimoto, 1996; Nelson y col., 1996; Gordon, 2002; Hedrich, 2000) es que las mujeres no se sienten cómodas con dispositivos terapéuticos grupales donde participan varones, especialmente en momentos en que se abordan temas relativos a sus relaciones o sexualidad, los riesgos asociados al consumo, y otros problemas derivados. En el caso de “Natalia”, ella evalúa negativamente su participación en un grupo donde eran mayoritariamente hombres, sin embargo, no descarta la utilidad del recurso grupal, siempre y cuando esté más equilibrada la relación hombre/mujer, o en grupos exclusivos de mujeres donde puedan trabajarse problemas relativos a su condición de género, con lo cual hay aspectos o temáticas que pueden ser abordados en grupos mixtos y otros no.

¿Y cómo te sentiste cuando te dieron quince días para el turno? ¿Esperaste esos quince días?

26° F-33: Sí. Sí, vine. No me acuerdo si consumí o no. Me parece que no. Se me hizo eterno. Y me sentía... nada, me sentía mal, la verdad, me sentía muy mal. Nada, y cuando vine acá, que vine a la, a una reunión de grupo, esa fue la primera vez que vine. Y venía de allá, de casa también. Y era un día que hacía calor, así, y entré ahí que eran todos hombres. Y eran todos, todos, ¡ah!!, me decía “¡yo qué hago acá, yo qué hago acá. Mirá donde me vine a atender!” Y eran alcohólicos, drogadictos. Y bueno ahí no sé. Y cuando me tocó hablar a mí, me puse a llorar y no, no podía hablar. Y de ahí me derivaron a la psicóloga, a la Doctora P, para que no vaya más ahí con el grupo, porque no me sentía bien yo con el grupo. Va, no quería ir tampoco. (...)

O sea que vos, en ese momento... si hubiera sido un grupo en el que hubiesen mujeres...?

26° F-33: Y sí, capaz que sí. Porque yo he ido a ALCO y... y es verdad que te sentís identificado con lo que dicen los demás, intercambias opiniones y todo. Pero acá yo era la única mujer y eran todos hombres y te sentís, así, cohibida, no sé, incómoda. Capaz que si hubiera sido un grupo de chicas, sí, hubiera sido distinto. Y pienso que estaría bueno ¿no?

En este caso se observa que, dado que se trataba de la primera etapa de tratamiento, no fue oportuna su inclusión dentro de un grupo mixto donde la relación hombre/mujer era

de 9:1, sino que hubiera sido interesante incorporarla a un grupo más paritario o preferiblemente exclusivo de mujeres, hecho que no descarta que, avanzado el tratamiento, pueda ser incorporada a otros espacios grupales mixtos, donde se aborden temáticas más generales.

Este hallazgo coincide con los planteos de la especialista estadounidense Stephanie Cavington (1997), pionera en el tratamiento de usuarias de drogas con estrés postraumático, quien sostiene que no es recomendable en las primeras etapas del tratamiento la presencia e interacción con varones, aunque en una etapa posterior sí pueda ser incluida.

En suma, uno de los elementos que de aquí se desprende, es la imperiosa necesidad de incorporar en la etapa diagnóstica las necesidades diferenciales de género desde una perspectiva que conciba a la “salud integral” desde los principios de ciudadanía, autonomía, integralidad y equidad, a fin de dispensar una atención acorde con las mismas y de ese modo disminuir las inequidades en la calidad de la atención.

En otro orden de cosas, un aspecto recurrente que los/as entrevistados/as destacan, es la connotación positiva de la atención individual, con un/a psicólogo/a a cargo del caso y psiquiatra para los casos en que el equipo asistencial evalúa pertinentes, pudiendo acceder o no a otras prestaciones de acuerdo a los intereses, necesidades y consentimiento de los/as “pacientes”.

Sin embargo, al realizar un análisis detenido sobre esta modalidad de atención, consideramos que, el hecho de que el equipo terapéutico no apele a la red social cercana para acompañar el proceso, para situar la complejidad en el seno del grupo y evaluar la estructura en donde se despliega el consumo, ubica la problemática en el plano individual. Desde el punto de vista de la evaluación de la integralidad¹¹⁵ en la atención (Tajer, 2012: 53), este tipo de propuesta es caracterizada como de tipo transicional, ya que si bien la salud es concebida como un concepto tanto individual como colectivo, el modelo de intervención es mayormente individual. Algunas de sus herramientas de intervención se sostienen en concepciones del paradigma asistencial y biomédico. Excluyéndose por ejemplo aspectos tan importantes como los socioeconómicos y culturales.

Podemos citar en este sentido, el caso de una mujer, donde sólo inicialmente los/as terapeutas recurrieron al apoyo de la red social de pertenencia de la paciente, para garantizar una “*internación domiciliaria*”, ya que se trataba de una persona con carga familiar, jefa de hogar y que por lo tanto no era conveniente que iniciara un tratamiento en un centro de internación. En esta ocasión la red operó como agente de control, contención y sostén de la usuaria. Sin embargo, luego de la internación domiciliaria

¹¹⁵ Si bien nos detendremos sobre la evaluación de la integralidad en el capítulo 12, siguiendo a Tajer (2012) destacamos que con esta estrategia se explora específicamente la inclusión en el modelo de atención de la relación entre calidad de vida y la situación de los/as usuarios/as, incluyendo la identificación de la relación entre ciclo de vida y necesidades de las etapas posteriores. Asimismo, se intenta identificar la inclusión o no de una visión abarcativa de la situación de salud de una persona, más allá de la resolución de la problemática específica de consulta. En tal sentido se construye una escala que va de lo más logrado a lo menos logrado en los siguientes valores: integral, semiintegral, transicional y asistencial (Tajer, 2012: 49-64).

dejaron de mantenerse entrevistas o apelar a la red social de pertenencia, es decir, no se realizaron otras intervenciones que incluyeran al grupo de pertenencia y en consecuencia el éxito del tratamiento recayó exclusivamente en responsabilidad de la paciente.

Esto trae como consecuencia que el/la usuario/a sea el protagonista para tratar de resolver los conflictos, muchas veces de índole social-estructural, familiar, laboral, con un modelo teórico que coloca en el/la sujeto/a el origen de los malestares y padecimientos, y en consecuencia también la responsabilidad del éxito o no del tratamiento.

Para las mujeres y niñas/os, las situaciones de violencia de diferente tipo, sufrimiento, etc., se presentan en mayor medida al interior de su núcleo familiar, teniendo escaso poder dentro del mismo para enfrentar tales circunstancias. Por lo cual, consideramos que es prioritario encontrar alternativas terapéuticas con un enfoque relacional, que permitan instituir nuevos modos de vincularse al interior de las familias, empoderando a las mujeres, pero atentos/as a los efectos que pueda producir en quienes mayoritariamente detentan el poder (generalmente los hombres), para no suscitar nuevas violencias motivadas por las intervenciones. Es preciso desandar los modos tradicionales del género, las violencias interpersonales, las desigualdades de poder, y ello no se logrará operando sobre un sólo integrante de la familia.

Traigamos el caso de una de las usuarias entrevistadas, de 15 años que inició un consumo intensivo de sustancias en el lapso de 6 meses. Luego de conocer el caso, su historia clínica, etc., indagué a la terapeuta sobre cómo era la situación de esta joven y me respondió que “se trata de un *acting* frente a su padre que está por tener otro/a hijo/a con su nueva pareja”. Si bien la psicóloga identificó que la cuestión vincular debía ser eje de la intervención, sin embargo, el abordaje se realizó sólo en el plano individual con la paciente identificada. En este caso hubiera sido importante poder trabajar con el padre, e inclusive con la madre de la joven, para poder orientar a ambos en la manera de operar sobre los cambios en la situación de esta familia, cuáles son los roles parentales que deben seguir cumpliendo aunque se conformen nuevos enlaces, de qué modo el nacimiento de un/a hermano/a desestabilizó a la joven, cómo se puede introducir la flexibilidad en las fronteras de la estructura familiar y en la comunicación entre la familia de origen y la nueva familia del padre.

Teniendo en cuenta la modalidad principal de abordaje que se dispensa en el servicio, creemos que tal como señala Conrad, al desplazarse la “anormalidad” hacia una connotación sanitaria, se observa que los/as sujetos/as concebidos/as como “pacientes”, ya no serán castigados/as punitivamente como en el Siglo XIX, sino que serán insertos/as en una lógica terapéutica, en la que el/la usuario/a deberá aceptar/asumir el “rol de enfermo/a”¹¹⁶ (Conrad, 1982: 136) de manera pasiva. Desde esta lógica recaerá sobre el/la mismo/a toda una serie de responsabilidades para resolver el padecimiento como si fuera de origen orgánico y/o exclusivamente psíquico, siendo que en la mayoría de los casos son complejos donde intervienen factores psíquicos, vinculares, sociales,

¹¹⁶ Ver definición en nota al pie n° 72.

culturales y estructurales, por lo tanto consideramos que, la intervención desde lo colectivo es más adecuada que desde lo exclusivamente individual.

10.4. Servicio de media internación en Hospital de Día

La modalidad de media internación en Casa y/u Hospital de Día ofrece a los/as usuarios/as una mayor contención, ya que concurren de lunes a viernes de 8 a 16 hs.

Permanentemente el grupo está a cargo de psicólogos/as, operadores/as terapéuticos/as y a fines de 2012 se incorporó una enfermera. Recordemos que al momento de nuestra investigación la atención se ofrecía exclusivamente a varones.

Este dispositivo, se asemeja a las modalidades desplegadas en las comunidades terapéuticas. Tiene una rutina semanal establecida en los distintos espacios en que se distribuye el tratamiento: grupos de apertura y cierre, grupos de reflexión, grupos de convivencia, talleres, actividad física y otras que están a cargo de psicólogos/as, trabajadores/as sociales, profesores/as, talleristas y terapeuta ocupacional. Asimismo, cuentan con un espacio individual de tratamiento con psicólogo/a y psiquiatra. A cargo de los pacientes, en grupos rotativos, se halla el mantenimiento del orden del establecimiento, la limpieza y, organización del desayuno, almuerzo y merienda, y coordinación de otras tareas operativas de la rutina diaria.

En esta modalidad, se convoca con más énfasis a la red social de pertenencia del sujeto/a. La convocatoria se concreta en las primeras etapas, a través de la solicitud de algún/a referente que pueda llevar y traer al/la usuario/a hasta el centro de media internación.

Asimismo, en los primeros meses del tratamiento, mientras no se encuentra en “*la casa*”, como suelen llamar al Hospital de Día, tienen que tener a alguien que los acompañe permanentemente. El/la cual tiene además, la función de restringir al paciente en la concurrencia a ciertos lugares que son considerados de “riesgo”, como fiestas, cumpleaños, encuentros, deambular por el barrio, las casas de compañeros/as de consumo, y otros territorios que puedan motivar una “recaída” como puede ser para algunos ir a la cancha.

Dichas pautas operan como forma de control social¹¹⁷ del/la individuo que en algún punto es considerado/a desde el equipo como “incapaz de controlar sus actos adictivos”. Desde otro punto de vista, el/la referente puede ser pensado/a como una persona que actúa de sostén y acompañamiento en los primeros momentos del tratamiento que son críticos en cuanto a la dependencia psíquica y física que los/as usuarios tienen con la sustancia.

Un espacio que se sostiene en la modalidad de media internación, y que de algún modo plantea una alternativa al modelo hegemónico liberal de atención individual, antes enunciado, es el “grupo de referentes”. El mismo tiene una frecuencia semanal y está destinado a que los/as allegados/as de los/as usuarios/as puedan acompañar el proceso terapéutico, es coordinado por una trabajadora social y una psicóloga desde una

¹¹⁷ Entendemos por control social a los medios utilizados por una sociedad para asegurar la adhesión a sus normas.

aproximación teórica de terapia sistémica aunque no en el sentido estricto de la corriente.

Pudimos observar que en el servicio de consultorios externos ambulatorios se dispensa atención a ambos sexos, sin embargo, como explicitamos anteriormente, en la modalidad de Hospital de Día se brinda tratamiento exclusivamente a varones, aunque no son sólo varones quienes demandan o requieren una media internación, también lo solicitan mujeres y personas transexuales. Por tal motivo, podemos concluir que este hecho se constituye en una de las primeras y más claras barreras en la equidad de género en la atención, generada desde el propio Sistema de Salud.

Al indagar los motivos por los cuales se efectuaba esta diferencia en el acceso, los/as profesionales y operadores relataron que en años anteriores se permitía también la concurrencia de mujeres, pero debido a que *“la última usuaria que había estado en tratamiento allí, había generado conflictos entre los pacientes”* el equipo había tomado la decisión de circunscribir el tratamiento a los varones. Distintos integrantes del equipo confirmaron en distintas ocasiones este discurso y su consecuente decisión.

El hecho de ubicar a la mujer como peligrosa, como generadora de disputas entre los hombres, reproduce la visión tradicional de género. Lejos de concluir en que dicha usuaria fuera la causante de los conflictos del tratamiento, hay que advertir que el equipo de salud no se encuentra especializado en un enfoque que contemple la perspectiva de género que le permita manejar un tratamiento mixto y evaluar las diferencias de género que se traducen en modalidades diferenciales en la motivación para el inicio y continuidad en el consumo, la historia y trayectoria de ingesta de sustancias, así como los modos en que cada género gestiona la atención por uso problemático de drogas. Es así que se restringe la terapia sólo a los hombres lo cual se traduce en inequidad de género en el tratamiento hacia las mujeres, que si se las admitiera en el Centro de Día, podrían ser atendidas en grupos separados para trabajar sus especificidades. En este sentido coincidimos con Diana Maffia en que *“las mujeres sufren mayores dificultades y reciben menos ayuda en todo el arco que abarca un tratamiento por adicciones, desde el diagnóstico hasta la reinserción social”* (Maffia, 2011: 2).

10.5. Accesibilidad ampliada al tratamiento desde la perspectiva de los/as usuarios/as. Obstáculos sociales: ¿apoyo familiar y social durante el tratamiento?

Ya analizamos en el apartado 10.3.2, la escasa convocatoria que el servicio realiza al entorno más cercano de los/as usuarios/as, especialmente en el dispositivo de consultorios externos. Sumado a esto, en general, las mujeres reciben mayores presiones de su círculo familiar y social para concluir el tratamiento y retomar *“sus responsabilidades familiares”*. Estas presiones no se traducen en aliviar a las mujeres de las tareas domésticas mientras dura el tratamiento, sino por el contrario, se espera que recuperen *“su rol tradicional de género”*, que mientras consumían *“habían abandonado”*, y por consiguiente antes de salir del hogar, en este caso para concurrir al turno que

tenían pautado en el Hospital, debían dejar todas las tareas domésticas concluidas, la comida preparada, la casa ordenada y los/as chicos/as listos/as.

2° F-56: *siempre descalificándote, es decir, llega un momento que una se acostumbra viste o haces oídos sordos, ya no lo escuchas más. Yo antes lloraba cuando me decía "¡eh, no servís para nada, no haces las cosas!", y me mataba limpiando y me decía "¡eh pero no hiciste esto, no hiciste aquello!!", yo decía "¿pero este está loco?". Viste, pero llega un momento que decís "el loco es él y no yo".*

Viste..., como decían las chicas [se refiere a su psicóloga y psiquiatra] una manera de... torturarte psicológicamente.

Ahora, pero eso hacia cuando yo tomaba, me daba, me daba, me daba. Entonces yo era como... "bueno está bien, vos decí eso", él se iba y yo.... tomaba. O sea que no lograba hacer nada, en vez de levantarme era como que me pisaba.

- 2° F-56: *[la entrevistada comenta que antes de casarse trabajaba] ...Yo me sentía con plata en los bolsillos, me sentía segura, estás tranquila porque no le tenés que pedir nada a nadie, vos te querés comparar un caramelo en la esquina vas y te lo comprás o querés comer algo o querés tomar algo, pero dependiendo de otra persona es muy difícil.*

- ¿y nunca pudiste volver atrás en la decisión de no trabajar?

- 2° F-56: *no ya me estanque, "te pongo una guardería... ahí vas a trabajar por dos pesos, si tenés todo!" [le decía su esposo]. Eso es lo que nunca me entendió, pero son mis pesos, por más que sean dos pesos son de los chicos, yo le digo, que se yo, o sea que lo único que hice y que hago es tejer y vender, produzco.*

Y me decía "para que haces estas porquerías?". No él es como que... si hago porque hago, si no hago porque no hago, y viste es como que... ¿tanto te molesta? [le dice ella], "¿no ves que estás haciendo una taradez?, ¿para qué sirve esa porquería?".

Es importante detenerse un momento sobre el tipo de violencia a la que hace referencia la entrevistada, una violencia que opera subrepticamente, de manera imperceptible para el afuera, y sin embargo actúa en la vida de muchas personas cotidianamente, especialmente en niños/as y mujeres, "se repite diariamente haciendo estragos en el alma, por la resistencia que ofrece a ser representada discursivamente, por las dificultades que comportaría intentar quejarse o denunciarla, por el grado de sufrimiento que produce, (...) que no tienen la capacidad de defenderla ni tampoco de detectar de forma consciente el motivo de su victimización, y por la marca indeleble de amargura e inseguridad que inscribe en la memoria de la persona que la sufre" (Segato, 2003: 114-115), se trata de la violencia psicológica o moral que se ejerce cotidianamente, y que generalmente es mencionada superficialmente, o introducida como un complemento de la violencia física. Coincidimos con Rita Segato (2003) que el fenómeno parece asemejarse más a una situación de *violencia estructural*, que se reproduce con cierto automatismo, con invisibilidad y con inercia durante un largo período, tanto en la escala temporal ontogenética de la historia personal, como en la escala filogenética, es decir, del tiempo de la especie humana, "a partir de su fundación mítica secreta" (Segato, 2003: 113).

Para esta autora, la violencia moral¹¹⁸ es el más eficiente de los mecanismos de control social y de reproducción de las desigualdades. La coacción de orden psicológico se constituye en el horizonte constante de las escenas cotidianas de sociabilidad y es la principal forma de control y de opresión social en todos los casos de dominación. Por su sutileza, su carácter difuso y su omnipresencia, su eficacia es máxima en el control de las categorías sociales subordinadas. En el universo de las relaciones de género, la violencia psicológica es la forma de violencia más maquinal, rutinaria e irreflexiva y, sin embargo, constituye el método más eficiente de subordinación e intimidación (op. cit.).

Como fundamenta Segato (2003) la eficiencia de la violencia psicológica en la reproducción de la desigualdad de género resulta de tres aspectos que la caracterizan: 1) su diseminación masiva en la sociedad, que garantiza su "naturalización" como parte de comportamientos considerados "normales" y banales; 2) su arraigo en valores morales religiosos y familiares, lo que permite su justificación y 3) la falta de nombres u otras formas de designación e identificación de la conducta, que resulta en la casi imposibilidad de señalarla y denunciarla e impide así a sus víctimas defenderse y buscar ayuda.

- 2° F-56: "Ah... tendrás algo!!" [le decía su esposo]. Y ese tendrás algo..., eso también!!!.... Iba a ver a mi mamá y decía que me iba allá porque tenía algo, ya me iba mal... yo estaba re-contenta que me iba a ver a mi vieja: "eh... seguro que tenés algún negro por allá!!!" y ya viste, te bajaba todo el ánimo...

Yo dejé de ver a mi mamá por mucho tiempo por culpa de él, porque no quería que fuera.

El otro día me dijo, "bueno, dale, andá con tu madre, andá... con esos villeros, andá... y no traigas nada, no traigas nada, no aceptes nada de lo que te den".

Bueno, si él no quiere que acepte, ¿por qué no me regala un par de zapatillas?

Mi mamá me regaló las zapatillas, me regaló las reebok, me decía "tengo cosas para darte" [su madre]. Viste cuando vos salís y compras regalitos, yo también lo hago, que compro regalitos, eh... dice... "hace cuanto que no venís...! voy comprando cosas, cuando vengas te lo doy", me regaló las zapatillas, una campera, me regaló las alpargatas, "mirá tengo dos pantalones, me traje dos iguales, llevate uno" [le dice su madre].

Del relato de nuestra entrevistada, podemos identificar varias de las expresiones en que se manifiesta la violencia moral o psicológica, como control económico¹¹⁹, control de la

¹¹⁸ La violencia moral o psicológica es todo aquello que envuelve agresión emocional, aunque no sea ni consciente ni deliberada. Entran aquí la ridiculización, la coacción moral, la sospecha, la intimidación, la condenación de la sexualidad, la desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral. Y es importante enfatizar que este tipo de violencia puede muchas veces ocurrir sin ninguna agresión verbal, manifestándose exclusivamente con gestos, actitudes, miradas. La conducta opresiva es perpetrada en general por maridos, padres, hermanos, médicos, profesores, jefes o colegas de trabajo (Segato, 2003: 113-114).

¹¹⁹ De acuerdo a la Ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, en su artículo 5 inciso 4, define la violencia patrimonial o económica como aquella que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

sociabilidad, de la movilidad, menosprecio moral, y una descalificación profesional al considerar que su trabajo valdría muy poco.

Coincidimos con Rita Segato (2003), en sostener que en América Latina, las formas más corrientes de la violencia moral son:

1. Control económico: la coacción y el cercenamiento de la libertad por la dependencia económica.
2. Control de la sociabilidad: cercenamiento de las relaciones personales por medio de chantaje afectivo como, por ejemplo, obstaculizar relaciones con amigos y familiares.
3. Control de la movilidad: cercenamiento de la libertad de circular, salir de casa o frecuentar determinados espacios.
4. Menosprecio moral: utilización de términos de acusación o sospecha, velados o explícitos, que implican la atribución de intención inmoral por medio de insultos o de bromas, así como exigencias que inhiben la libertad de elegir vestuario o maquillaje.
5. Menosprecio estético: humillación por la apariencia física.
6. Menosprecio sexual: rechazo o actitud irrespetuosa hacia el deseo femenino o, alternativamente, acusación de frigidez o ineptitud sexual.
7. Descalificación intelectual: depreciación de la capacidad intelectual de la mujer mediante la imposición de restricciones a su discurso.
8. Descalificación profesional: atribución explícita de capacidad inferior y falta de confiabilidad.

La violencia se despliega sobre aquellos colectivos que previamente han sido socialmente inferiorizados, fragilizados, en este caso las mujeres, niñas y niños, naturalizando y justificando actos de discriminación, desprecio y victimización hacia ellas/os. Entendemos que estas formas sutiles de expresión de la violencia moral, se constituye en uno de los mecanismos que ha operado en el proceso de instalación y legitimación de la violencia de género. Es decir, que para que se tolere socialmente el acoso, la violación, el abuso y ataque sexual, los golpes y torturas sobre un determinado grupo, anteriormente tuvo que identificarse a ese grupo como objeto de violencia. Asimismo, en el ámbito microgrupal para ser soportada la agresión física primeramente se desarrolló un proceso de socavamiento moral de esa mujer, niña o niño tendiendo a su deshumanización, al mismo tiempo que se estableció como un modo de relación social naturalizado y legitimado.

A pesar de su amplia extensión en la sociedad, prácticamente no existen campañas dirigidas a la población general que alerten, que faciliten el reconocimiento, identificación y consecuentemente visibilización de la violencia moral, al mismo tiempo que genere políticas de resistencia, oposición a la misma, representaciones y posturas críticas “que inoculen, tanto en hombres como en mujeres, una sensibilidad de baja

-
- a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
 - b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
 - c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
 - d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

tolerancia a esas formas muy sutiles de intimidación y de coacción, así como el pudor de reproducir incautamente ese tipo de conductas, y que divulguen nociones capaces de promover el respeto a la diferencia de la experiencia femenina, comprendida en su especificidad” (Segato, 2003: 115-116).

En relación a los tratamientos por uso de sustancias, entendemos que esta forma de violencia debe ser uno de los factores a diagnosticar y abordar desde el inicio de la terapia. Es prioritario que el abordaje se realice no sólo en términos de empoderamiento de las sujetas víctimas de violencia moral, sino que requiere que el abordaje se efectúe de manera directa en todo el sistema que reproduce esta forma de violencia estructural, buscando estrategias de intervención familiar que desarticulen este tipo de control, dominación, descalificación, desobjetivación que se ejerce sobre la(s) mujer(es) y niños/as, es decir, que la intervención no será únicamente hacia la víctima de violencia, sino que necesitará estrategias de intervención que operen en los/as distintos integrantes del sistema vincular. Es preciso que la institución trabaje para posicionar a las mujeres víctimas de violencia, sociosubjetivamente en otro lugar, apelando al empoderamiento, y como señalamos anteriormente, al trabajo con la pareja para desarticular los modos agresivos, desde los más sutiles hasta los más directos. Siendo que por todo lo expuesto, este tipo de violencia se constituye en un factor alto de vulnerabilidad para las recaídas. Sin embargo, al interpelar al equipo tratante sobre las posibles formas de operar en el caso particular de esta usuaria, la respuesta del equipo fue la de negación, invisibilización, no existiendo un abordaje intensivo que opere desarmando, desarticulando esta estructura en las relaciones vinculares y, lejos de tener una baja tolerancia a estas formas sutiles de coerción, se invisibilizaron y se actuó culpabilizando a la persona de lo que le toca vivir. Ello se desprende de la siguiente nota de campo:

Siempre viene con el mismo discurso de la “cenicienta de la casa”. Está muy instalada en su rol, más allá de no consumir no ha cambiado otras cosas (Psicóloga)
[nota de campo].

Este tipo de interpretación por parte de la terapeuta a cargo del caso, ubica a la persona como responsable de su “no cambio”, posicionamiento que se asienta en una perspectiva liberal, meritocrática, que emerge en el siglo XIX con la consolidación del capitalismo y la sociedad de clases, con una tendencia a “naturalizar” a los/as sujetos/as sociales, anclada en una “ética de igualdad de oportunidades para todas las personas iguales y libres por nacimiento y por lo tanto responsables de sus actos” (Stolcke, 1999: 22). Tal como afirma Verena Stolcke (1999) “esta ilusión, que permite pensar que con el suficiente esfuerzo cualquier persona puede superarse, oculta en cierta medida el carácter estructural de las desigualdades sociales” (ídem: 22). Pero además se consolida lo que esta autora define como “racismo científico”, desde donde se sostiene que ya que “ese individuo libre aparenta ser incapaz de aprovechar las oportunidades de superación social que la sociedad parece ofrecerle, ello ha de ser debido a una deficiencia personal innata, esencial y por ello también hereditaria. Es decir, el culpable es el propio individuo o colectivo, o mejor dicho aún, su dotación biológica, su falta intrínseca de “talento” más que el orden socioeconómico existente” (Stolcke, 1999: 22-23) que

reproduce las relaciones de desigualdad, ocultándolas, invisibilizándolas, “naturalizándolas”.

Según Ana María Fernández “*las violencias cotidianas también son políticas*. No tienen sexo. Que las mujeres sean en abrumadora mayoría las víctimas de las violencias de los hombres no habla de una condición masculina de fuerte e inherente agresividad, sino de un poder social y subjetivo que muchos hombres ejercen desde las formas públicas y/o privadas del abuso” (2009: 35).

Una cuestión que hemos identificado en esta investigación es que la descalificación y estigmatización por parte del entorno familiar del/la consumidor/a durante la etapa de ingesta intensiva, es muy frecuente. Asimismo constatamos que no opera de manera exclusiva en las mujeres, sino que se da tanto en el caso de las mujeres como de los varones. Se desprestigia, se menosprecia a los/as usuarios/as de sustancias, no sólo desde su entorno íntimo, sino que en muchos casos los servicios asistenciales responsabilizan a los/as “pacientes” por no asumir su “rol de enfermo/a”, por no cambiar su “posición subjetiva”.

2° F-56: ahora puedo hablar, si, si, si, antes no, era ignorada totalmente y si, ahora sí, “Ma... donde está esto, ma... donde está lo otro”, antes en esa etapa se arreglaban ellos solos.

En el caso de un varón...

7° M-52: y después vino su hermano con su mujer y sus hijos

¿A vivir con ustedes?

7° M-52: si, y no teníamos lugar, digamos...

Porque mi cuñado tampoco es gentil conmigo, más metía palabras a mi señora para que no sé... para que me fuera de ahí o sea, me muestra una gran indiferencia, entonces más yo discuto a mi cuñado y también a mi pareja porque le sigue la corriente.

¿De dónde son ellos?

7° M-52: de Paraguay, somos todos de allá, y tienen otra manera de vida, digamos o no sé si yo soy distinto y bueno, es como que armaron una conversación ahí y me dejaron un poco de lado vistas, y cada día va demostrando que me apartaba.

Otro aspecto que atenta contra la permanencia de las mujeres en el dispositivo asistencial, es el escaso apoyo de la red social cercana y la existencia de cierta desconfianza que sobre ellas se tiene, considerándolas incapaces de superar su adicción. Para lo cual se les exige más y en consecuencia, ellas se autoexigen más para ocuparse, en soledad, de su vida y su salud. Como relata “Carmen” esto no siempre puede lograrse.

¿Alguna vez en este tratamiento a vos se te ocurrió dejar de venir?

27° F-49: si, si, quise dejarlo, eh..., lo dejé creo, porque... en un momento creo que no le vine por... dos.... a P. [su psicóloga] creo que no le vine por tres meses, a P. no le vine por tres meses, creo que por tres meses, casi más quedo afuera.

¿Por qué fue?

27° F-49: porque... estaba como cansada, como que digo.... “ya está... me entrego”, vio cuando uno dice “me entrego, listo, ya me cansé”, me cansé como diciendo... no... “C.

no luches más, ya está, ya está C. no vale la pena seguir luchando", no sé, cuando me agarró eso estuve un tiempo que... P. [su psicóloga] me dijo "¡cuánto hace que no te veo!". Me había agarrado como que... cansada, ¿vivo?, como cuando uno dice... "¿para qué tanta cosa?, tanto sacrificio, tanta pelea... parece con su mismo cuerpo, ¿no?, pelea".

Si a todos lados voy sola, yo voy a estudios [de salud] voy sola.

También las usuarias perciben una excesiva exigencia por parte de los/as profesionales del Hospital en relación a la posibilidad de otorgarles un alta terapéutica. Sienten que son miradas como responsables de la vulnerabilidad que padecen. En este sentido, a los/as "pacientes" no les queda claro, ni explícito los objetivos que deben cumplir para alcanzar la meta. Frecuentemente la meta no se alcanza sólo con cesar el consumo, existe toda una serie de "elementos" que no son explicitados a los/as usuarios/as, y que se sustentan en una ideología normativa de saberes expertos sobre la base de un modelo del "deber ser". Algunos autores (Maffia, D, 2011) plantean que, la existencia en los/as profesionales de una influencia de estereotipos hacia las mujeres con drogodependencia, conlleva a una serie de actitudes más exigentes hacia ellas que hacia el resto de los usuarios de género masculino.

Sin embargo, a pesar de haberse observado en las entrevistas la aparición de esta queja planteada por las mujeres, es posible que este requerimiento no se restrinja sólo a ellas. Sería interesante en un próximo estudio profundizar la indagación sobre la existencia de este tipo de "exigencias" por parte de los equipos terapéuticos, que encerrarían posturas paternalistas en el mejor de los casos, o autoritarias en otros, pero que en todos denotan la falta de reconocimiento de derechos y ciudadanía a los/las "pacientes", que por otro lado son considerados en la Ley de Salud Mental vigente.

¿Qué significaría para vos el alta?

30° F 23: Y libertad, sentirme que, primero sentir la satisfacción de que yo, me dan el alta porque me ven bien y porque yo, sepan todo lo que cuento, o sea todo lo que diga, me ven que... bueno... ya...

Igual acá para que te den el alta me parece que son re... son como que tenés que ser una.... para que den el alta, me parece que son re, para que te den un alta, y te digan ya no tenés que venir acá, pueden pasar 10 años, parece. Yo quiero que la jueza me diga que estoy bien y tener la tenencia de M. [su hijo], eso es lo que me interesa a mí, después seguir viniendo acá o la medicación por ahí me la van a bajar.

La percepción de "Silvia" no se aleja mucho de la realidad, según las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, algunos tratamientos se prolongan hasta 7, 8, 10 años, algunos continúan con una frecuencia quincenal o mensual. En tal sentido estos tratamientos funcionaban como "prótesis para vivir". Consideramos que allí no se ha trabajado institucionalmente la concepción de "alta terapéutica", estos/as usuarios/as tienen miedo de dejar el tratamiento, por miedo a volver a consumir. En consecuencia entendemos que desde el equipo no se han abordado los riesgos que conlleva tener una dependencia a la institución o al/la terapeuta, convirtiendo al "uso de sustancias" en una "enfermedad crónica".

En este sentido se alinean los mensajes brindados desde criterios biomédicos y jurídicos, así lo cuenta una usuaria: “*como me enseñaron... el adicto no se cura, se recupera*”. Esta frase nos muestra la concepción dominante que desde el ámbito sanitario se tiene sobre la “problemática”. Consecuentemente, enfocar la atención por uso de sustancias de esta manera, quita toda posibilidad de agencia a las personas que por diversas circunstancias han abusado de las drogas o alcohol. Aquí debemos dejar constancia que se trata de un tema en debate dentro de las diversas corrientes de pensamiento, en relación a la intervención profesional en adicciones. Touzé (2006) plantea que el discurso construido a lo largo del siglo XX tiene su clave en la noción de prohibición. Sobre este concepto se construye socialmente el problema de las drogas -en tanto sustancias prohibidas-, y de su uso, en tanto desvío. La prohibición se constituye en una encrucijada en la que se reencuentran dos lógicas: la sanitaria, de cura, y la punitiva, de control. Por lo tanto, el asunto de las drogas, como problema regulatorio, es el problema de la intersección de múltiples prácticas que se originan en estas lógicas. El discurso prohibicionista adopta diversas versiones, según sea quien hable. De Munck (1996 citado por Touzé, 2006) reconoce una versión médica -que refiere a las categorías “normal” y “patológico”-, una versión jurídica -que alude a “delincuencia”, “tráfico”, “orden público”-, una versión psicoanalítica -que menciona “objeto”, “síntoma”, “falta”. Cada versión tiene sus sentidos y referencias propias que convergen en una matriz regulatoria común.

Una última precisión que quisiéramos hacer aquí, es que según pudimos identificar en las narrativas de mujeres y varones, los modos de transitar el tratamiento, son descriptos dentro de un gradiente que va desde un cumplimiento ininterrumpido, pasando por períodos de concurrencia intermitente, hasta aquellos/as que sucesivamente han abandonado el mismo. Como sostiene Margulies (2006) para el caso del VIH, la “adherencia” no sigue ningún patrón, no hay un perfil reconocible de paciente “potencialmente adherente”. Sin embargo, en los relatos de las y los concurrentes a tratamiento se pudieron hallar factores que atentan de modo diferente en las mujeres y los varones para continuar su tratamiento. Por lo cual a partir de estos hallazgos, en el capítulo final recomendamos algunas estrategias que favorezcan la promoción de mayores grados de equidad de género como base para una mejor atención de la problemática.

10.6. Conclusiones

Al referirnos específicamente a la gestión del tratamiento que formalizan las mujeres y varones de esta investigación pudimos hallar diferencias significativas entre unas y otros. Una primera cuestión que señalamos es la menor proporción de accesibilidad inicial de las mujeres, siendo de 1:4 la relación con los varones.

Generalmente las situaciones previas al ingreso a la institución para realizar tratamiento, se encuadran en un período intensivo de consumo en el cual la exposición a diversas situaciones de riesgo es característico, por ello la incorporación a algún dispositivo terapéutico viene a ocupar el lugar del “rescate”, es decir, el resguardo frente a

circunstancias que ponen en tensión la integridad física, psíquica y relacional de los/as usuarios/as.

Enfatizamos además, la ineludible importancia de incorporar al diagnóstico inicial las necesidades diferenciales de género, con principios de ciudadanía, autonomía, integralidad y equidad en la atención. Este señalamiento alude a las desigualdades identificadas por razones de género, donde de manera naturalizada opera la violencia psicológica o moral (Segato, 2003) que, de acuerdo a las manifestaciones que presenta, de cierto automatismo, invisibilidad, inercia durante un período extenso, instaurándose como uno de los mecanismos de control social y reproductor de las desigualdades, se erige como una violencia de tipo estructural. Que debe ser desarticulada, desgastada, minada, visibilizada para que sobre ella no se instalen otras formas de violencia física, sexual, etc.

Esta estructura de la violencia tiñe todo el proceso terapéutico para el caso de las mujeres, y otras diversidades identitarias desigualadas, en función de que los costos sociales y familiares que deben cumplir para ajustarse a los mandatos tradicionales de género, restringe y presiona para que ellas finalicen cuanto antes el tratamiento, no recibiendo el mismo apoyo que los varones, en el proceso asistencial, por parte de su red de pertenencia.

Igualmente, son mayores las exigencias de los/as profesionales hacia las mujeres, bajo la influencia de determinados estereotipos asociados a la mujer drogadependiente.

CAPÍTULO 11. SABERES EXPERTOS EN LA ATENCIÓN

En este capítulo nos centraremos en los aspectos más relevantes de las modalidades asistenciales desplegadas en el Hospital Público de referencia, en la sensibilidad de género presente en las narrativas de los/as especialistas consultados/as, en las concepciones que tienen sobre la “adherencia” a tratamiento, en las barreras de “accesibilidad ampliada” identificadas por ellos/as y en las sugerencias que efectúan los/as profesionales para mejorar la accesibilidad.

Se analizarán los saberes expertos desde los discursos de los/as especialistas entrevistados/as: psicólogos/as, trabajadores/as sociales, terapistas ocupacionales y médicos/as psiquiatras. A fin de garantizar el anonimato de los/as mismos/as, al momento de citar los discursos, se hará referencia sólo al sexo y la profesión del/la entrevistado/a.

En la tabla 3 se presentan los/as profesionales que hemos entrevistado en el estudio de caso.

	Género	Profesión	Edad	Estado civil	Cant. hijos/as	Antigüedad en servicio	Posgrados, especializaciones
1	Masc	Lic. Psicología	37 años	Soltero	---	5 años	Seminarios
2	Fem	Lic. Trabajo Social	33 años	Soltera	---	2 años	Seminarios
3	Fem	Lic. terapia ocupacional	37 años	Casada	2	4 años	Seminarios
4	Masc	Lic. Psicología	33 años	Soltero	---	2 años	Seminarios.
5	Fem	Psicóloga	58 años	Casada	2	18 años	Cursó Maestría sin entregar tesis.
6	Fem	Lic. Psicología	28 años	Casada	1	2 años	Seminarios
7	Fem	Lic. Trabajo Social	41 años	Separada	2	17 años	Seminarios
8	Fem	Lic. Psicología	36 años	Casada	2	7 años	Seminarios
9	Fem	Lic. Psicología	35 años	Soltera	---	4 años	Seminarios
10	Fem	Lic. Psicología	44 años	Soltera	---	12 años	Seminarios
11	Masc	Lic. Psicología	46 años	Casado	2	15 años	Seminarios
12	Fem	Médica Psiquiatra	34 años	Soltera	---	2 años	Seminarios
13	Fem	Lic. Psicología	43 años	Casada	2	14 años	Seminarios

TABLA 8: Profesionales entrevistados/as en el estudio de caso. Elaboración propia.

11.1. Oferta terapéutica del hospital

Como describimos anteriormente, el Hospital tiene dos modalidades de atención. Una modalidad ambulatoria, estructurada a través de consultorios externos. En la misma se realizan entrevistas de ingreso que pueden estar a cargo de psicólogos/as, psiquiatras y/o trabajadores/as sociales, se evalúa la modalidad asistencial que mejor se adecua a cada caso, es decir, si continúa en el dispositivo de consultorios externos, o ingresa al Centro de Día o es derivado a una modalidad de internación a través de la red de oferta pública y/o institución privada prestadora de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención de Adicciones.

Una vez admitido/a el/la usuario/a en el dispositivo de consultorios externos se inicia el proceso terapéutico a través de diversas ofertas asistenciales, entre las cuales se puede considerar: terapia psicológica (individual en la mayoría de los casos), terapia psiquiátrica, tratamiento farmacológico a cargo de médicos/as psiquiatras, terapia ocupacional a cargo de terapeutas ocupacionales, seguimiento clínico a cargo del/la médico/a clínico/a, grupos de autoayuda a cargo de operadores/as terapéuticos/as, y talleres de expresión, computación, arte, manualidades, etc..

La otra modalidad de prestación es de tipo semiresidencial en Hospital o Casa de día, la cual adquiere una estructura similar a la que se da en las Comunidades Terapéuticas.

Luego de las entrevistas de ingreso realizadas en la Sede central, donde se decide la incorporación al hospital de día y si fuera necesario un período previo de desintoxicación en algún centro de internación, los/as usuarios/as ingresan al Centro de Día y se incorporan en un dispositivo donde existe una estructura altamente normatizada y reglada, mediante pautas de organización, jerarquías de tipo vertical que estructuran la circulación del saber-poder, planificación de los horarios, actividades, etc., regulando de este modo la organización del tiempo y del espacio de los concurrentes (recordemos que al momento de realizar la investigación sólo asistían varones). El objetivo es que la persona pueda internalizar este tipo de organización dentro de “la casa”¹²⁰ y luego pueda trasladar este ordenamiento hacia su vida cotidiana. En tal sentido se pautan no sólo las actividades dentro del Centro sino también las que el/la sujeto/a realiza fuera de éste. Mediante premios y castigos materiales, morales y psicológicos, se van otorgando “permisos progresivos” ya sean materiales (manejo del dinero, del uso del celular, etc.) y/o de las ocupaciones fuera del ámbito terapéutico que pueden realizar (trabajar, estudiar, actividades recreativas como ir a bailar, a la cancha, a cumpleaños/fiestas, etc.). Para ello se utiliza un sistema de control permanente, que cuenta con la complicidad en el afuera de alguna persona que fuera designada como “referente” quien se encargará de acompañar y contener al/la usuario/a cuando éste/a no se encuentre en “la casa”; además, esta persona será la encargada de llevar diariamente al/la usuario/a hasta el Hospital. Las características que debe cumplir la persona referente es tener “capacidad de contención, conciencia de situación y de enfermedad”¹²¹ del/a sujeto/a en

¹²⁰ “La casa”, así denominan a este dispositivo asistencial las personas que se encuentran en tratamiento y el equipo terapéutico.

¹²¹ **Conciencia de situación y enfermedad** cuestionamiento de conductas de consumo y del efecto de las mismas (De Vedia, Pablo (2006).

tratamiento, capacidad autocrítica y responsabilidad, disposición a la intervención y al encuadre normativo terapéutico” (De Vedia, 2006: 24). Otro mecanismo de organización de la vida cotidiana que es pautado desde la institución es la planificación de los fines de semana, para ello los días viernes los/as pacientes deben presentar a los/as operadores/as unas planillas de organización de las actividades que realizarán durante el fin de semana, éstas son controladas por el staff y luego son evaluadas los días lunes en cuanto al cumplimiento de las metas que cada paciente se había prefijado. Como podemos apreciar, una conformación institucional de tales características, determina un encuadre a nivel simbólico y normativo. Desde los imaginarios y mitos compartidos por el equipo terapéutico se sostiene la idea de que en este tipo de dispositivo se “conforman espacios microsociales de convivencia donde aquellos que participan conforman climas emocionales intensos que favorecen cambios de posición subjetiva, apoyados por un grupo que actúa como espejo, en un marco de encuentro con otro que lo organiza” (Bacelar, 2006: 16).

Entendemos que las concepciones citadas operan de tal modo, donde convergen una serie de técnicas y tácticas terapéuticas con perspectivas teóricas e ideológicas diversas, que están orientadas a modificar la subjetividad del/la “adicto/a”, suponen la transformación del/la sujeto/a, de su “posición subjetiva”. Las diversas estrategias entonces, son herramientas dirigidas a la transformación, a la des-subjetivación, y a la asunción de una “conciencia de situación y enfermedad”. Las mismas, se inscriben en una serie de normatividades y moralidades que tienden a homogeneizar, a borrar las diferencias, las heterogeneidades, los rasgos distintivos de pertenencia, de origen, anular los atravesamientos culturales, económicos, sociales, etc. de los/as usuarios/as. Asimismo, se produce un borramiento de las diferencias en cuanto a los consumos tipos, formas, frecuencias de la ingesta y se tiende a homogeneizar todas las presentaciones del consumo de drogas en una figura tipo que es la de “dependiente a las sustancias”, “adicto/a”.

De acuerdo a la observación realizada, diariamente los/as “pacientes” participan en:

- “grupos de apertura” donde se explicitan las actividades a cumplir, qué se propone aportar cada uno de los “pacientes” en relación a su actitud con respecto a sus compañeros y a “la casa” durante el día;
- “grupos de cierre” se evalúa cómo fue el funcionamiento diario;
- “grupos de convivencia” donde se trabajan los obstáculos y facilitadores para la convivencia dentro del Centro, la evaluación sobre el acatamiento a las normas instituidas que cada uno de los “pacientes” debe cumplir, se distribuyen los roles a cumplir durante la semana o el mes; asimismo es un espacio donde se debaten la forma en que cada uno de los usuarios maneja el tratamiento.

Además terapia psicológica y psiquiátrica, control médico y de enfermería, actividades físicas y talleres. Asimismo cuenta con responsables rotativos (a cargo de los mismos “pacientes” en tratamiento) para las distintas tareas dentro de “la casa”: cocina, limpieza, vajilla, organización, etc.

11.2. Representaciones del equipo sobre las características de los/as “pacientes”

A continuación se verá el registro que tienen los/as profesionales sobre los modos de acercamiento al hospital que realizan los/as usuarios/as de drogas y alcohol.

- *¿Cuáles son los criterios que vos utilizás para diferenciar uno u otro tipo de tratamiento?*

“Bueno en primer lugar digamos la posición del sujeto frente a la demanda, esa es como una primera cuestión a dirimir, cómo la persona llega, en qué condiciones y cuáles son las condiciones subjetivas para poder sostener algún tipo de tratamiento” (Psicólogo).

Como ya señalamos en el capítulo anterior, desde este punto de vista se espera que el/la paciente se haga “responsable” de llevar adelante el tratamiento, asuma su “rol de enfermo/a”, o tenga “conciencia de situación y enfermedad”, éste es el ideal de “paciente” para “poder sostener algún tipo de tratamiento”. El problema que observamos aquí reside en que la mayoría de los/as usuarios/as no se ajustan a estas características, es decir, que no llegan con una demanda concreta, ya que como veremos a continuación la mayoría no ingresan al hospital voluntariamente. Por lo tanto se incurre en el riesgo de estar utilizando un modelo de abordaje que responda al de otro tipo de “pacientes” y que en última instancia no sea el adecuado para este tipo de servicio público.

Además es importante advertir que los/as usuarios/as pueden consultar en forma espontánea voluntariamente, pero en su mayoría concurren al ser “traídos/as” por otros/as. La compulsividad ejercida de manera externa a la voluntad del/la usuario/a para realizar tratamiento, genera un efecto boomerang en la apertura que puedan tener a la hora de problematizar su consumo.

- *“El paciente es traído, o se pegó un susto y quiere venir a controlar lo que se le está yendo de las manos, y es traído por la madre, por la esposa, por la escuela, por el juzgado, con lo cual eso de “vengo a que me ayuden porque me está pasando algo” es muy difícil de encontrar, es “vengo a que me ayuden porque me metí en un quilombo” (Psicóloga).*

- *“[...] es complicado a veces de instalar un tratamiento, yo te digo tratamiento, yo tengo muchísimas entrevistas de pacientes, tratamientos pocos” (Psicóloga).*

Los/as distintos/as especialistas entrevistados/as han podido identificar algunos elementos que pueden responder a ciertas particularidades asociadas al género.

- *“A veces me parece que las mujeres hacen el tratamiento espontáneamente, y vienen con un tema puntual, ya sea el consumo, o ya sea el maltrato o “¿qué hago con mis hijos?”, en cambio el varón viene con más diversidad, como que no tienen algo puntual, viene a hacer el tratamiento y cuando empieza el trabajo en la fase individual empiezan como a priorizar algunas cuestiones y que la mujer viene con las cosas más..., algunas, ¿no? obvio, con algunas cosas más puntuales que quieren resolver o que le preocupan, más allá del consumo” (Trabajadora Social).*

Esta percepción sobre las diferentes maneras que tienen mujeres y varones a la hora de encarar el tratamiento, puede asociarse a que la mujer está habilitada socio-subjetivamente para consultar y expresar su malestar (Tajer, 2004), por lo cual puede identificar y verbalizar algunos sentimientos ligados al padecimiento. En cambio, una de las consecuencias de la socialización masculina en la salud se manifiesta en una escasa posibilidad de identificar y luego expresar abiertamente el malestar.

Los/as especialistas hallan algunos aspectos relativos a los modos diferenciales que tienen mujeres y varones a la hora de exteriorizar el padecimiento.

- *“Mirá, muchas veces en el caso de mujeres con compromisos importantes adictivos..., suele ser el tema de ciertos cuadros histéricos y realmente son bombas de tiempo, por los actos permanentes que se producen” (Psicóloga).*

- *“Y en los varones también el tema de la angustia, lo que ocurre en los varones aparece el despliegue, ¿no? Por el lado de la cosa irruptiva o la violencia, este... “a mí no me pasa”, como sentir una cuestión de debilidad, entonces cuesta mucho reconocer ese otro tema donde prácticamente el consumo, ligado con la debilidad, con el poder que tienen sobre el otro” (Psicóloga).*

Como vemos, en el caso de los hombres las problemáticas se vinculan con los costos sociales de mantener el poder y hegemonía, por ello son más del orden de la exposición a riesgos (Tajer, 2004). Mientras que la representación que se tiene de las mujeres según los/as terapeutas están asociadas a desequilibrios, descompensaciones mentales.

Al indagar sobre los motivos que pueden confluir en que las mujeres no accedan a tratamiento, plantean la cuestión de la influencia diferencial en las consumidoras y los consumidores de la existencia de estigmatización social, de acuerdo a una concepción tradicional de los roles de género.

¿Qué te parece que pasa que no llegan?

“No sé, muchas veces, qué se yo, te preguntás si... todavía se ve mal que la mujer se emborrache, y esté vomitando, ¿no?, como que el flaco borracho, como que culturalmente que por ahí... todavía, todavía pesa, como el peso de “mira una ‘falopera’”, como que el varón..., que tal vez pueda, [quizás] tenga algo que ver, ¿no?

Tal vez lo hace más cuidada, ¿no? y entonces al no quedar tan expuesta. Por ahí el varón si, tiene muchos más problemas con la ley, eh, lo agarra más la policía, lo paran más en la calle, por ahí se expone más, eso lo hace público” (Terapista ocupacional).

Es interesante ver cómo la entrevistada pone de relieve, la naturalización existente de las prácticas de consumo asociadas a los varones, y la invisibilización en el caso de las mujeres, o la mayor estigmatización que se produce cuando se hace evidente el consumo femenino, ya que la presencia de señalamientos negativos estarían generando inequidad de género en el acceso al tratamiento por consumo problemático de sustancias.

Según nuestra investigación en el caso de las mujeres, las problemáticas que se presentan se relacionan con la falta de poder y escasez de recursos. Algunas intervenciones que se efectúan desde el Servicio Social del Hospital son atinentes al cuidado de los/as hijos/as, intentando aliviar las dificultades que se manifiestan en las

usuarias. En tal sentido, articulan con distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales a fin de optimizar los recursos.

- *“Si una chica que estaba por el patronato [de liberados], y que le dan salida laboral, también en este caso ¿no? Que estaba sola con los 5 hijos, cuando están así, ella tenía arresto domiciliario con 5 hijos, ella no podía salir, llevarlos para nada, aparte estaba asustada por miedo a que la vean o la detengan y bueno, estaba pidiendo ayuda todo el tiempo, al padre [de los nenes] que tampoco le gustaba a ella, entonces fuimos haciendo diferentes pedidos; ahora tiene la salida laboral, va al comedor, los nenes van a la escuela y le entregaron una casilla. Como que hubo un montón de cambios.*

Y lo que vemos en los hijos menores bueno la escolaridad, el tema de las vacunas, bueno, si se detecta algún caso de violencia [hacia los/as niños/as], en este caso interviene siempre el local, intervención del servicio local¹²² ¿no? como un regulador, alguien ajeno al hospital, pero que pueda regular algunas cuestiones en cuanto a los menores” (Trabajadora Social)

Otra cuestión que se indagó para el caso de problemáticas asociadas, es si el equipo tratante identificaba la necesidad de diferenciar las intervenciones de acuerdo a las particularidades de las dificultades que se les presentan a las mujeres de las que se les presentan a los varones, ya que como venimos discutiendo ambas son distintas.

¿Y en relación a los varones?

Si, en los varones también muchas veces vienen hombres que dicen que están separados y que la mujer no se los deja ver y que sabe que los golpea, a los nenes, como orientarlos, que tienen que ir al juzgado, al tribunal de familia. Que no se los dejan ver hay un montón, porque los primeros problemas entre las parejas, los primeros rehenes son los nenes siempre.

Bueno el tema de la alimentación, la cuota alimentaria y cómo es posible que haya días. A veces cuando están con mucho consumo, en eso se hace mucho hincapié, en que hagan el tratamiento, porque en esas condiciones no se los van a dar [a los/as hijos/as]. Si me dicen “me quiero llevar a mi hijo”, yo soy la primera que defiendo eso, que ninguna mamá le va a dar el hijo a una persona que “toma” para que se quede a dormir, entonces lo importante del tratamiento, si realmente quieren establecer el vínculo con el hijo. Por ese lado escuchan bastante. Ojo hay otros que ni plantean la posibilidad de ver a los hijos, pero los que realmente, los que la paternidad les afecta o quieren estar cerca de sus hijos, si, por ese lado hacen un esfuerzo por el tratamiento y por demostrar que realmente quieren hacer algo. (Trabajadora Social)

11.3. Opinión sobre la pertinencia de crear dispositivos sensibles al género

Partiendo de las evidencias desarrolladas en el capítulo anterior sobre la presencia de diferencias de género entre los usuarios y las usuarias de sustancias, indagamos en el equipo la sensibilidad que tienen al respecto. Sin embargo, parecería haber una escasa identificación consciente por parte de los/as profesionales sobre las particularidades que

¹²² Servicios Locales de “Promoción y Protección de los Derechos de Niños y Adolescentes” creados en cada municipio en el marco de la Ley 13.298 Provincial de Promoción y Protección de los derechos de los niños.

se despliegan en mujeres y varones relativos a los modos de enfermar, padecer y expresar el malestar. En este sentido, los/as profesionales arguyen que no pueden realizar generalizaciones, sino que la evaluación debe efectuarse en el “caso por caso”. En virtud de ello, como veremos a continuación, son reticentes a incorporar la perspectiva de género, tanto en el diagnóstico como en la intervención terapéutica.

- *“En cuanto a terapéutica digamos, no. O sea, abordo de la misma manera una paciente mujer que un paciente hombre, ¿sí?, en cuanto a mi modalidad de tratamiento, obviamente que en el caso por caso, la línea que se le da al tratamiento, pero el abordaje es el mismo” (Psicóloga).*

Este posicionamiento se fundamenta en lo que Ana María Fernández (1993) llama *ilusión de simetría*, en el sentido de suponer que hombres y mujeres se comportan de igual manera. De este modo, las intervenciones son realizadas acordes con los “pacientes” más habituales, en este caso los varones, y por tanto hay una expectativa simétrica respecto del comportamiento de las mujeres.

Otro aspecto que queremos poner en cuestión, que además se trata de un posicionamiento generalizado en el equipo tratante, es que si bien desde el plano individual se trabaja el “caso por caso”, perspectiva que remitiría a un análisis particular de cada paciente, llama la atención que hasta el momento no hayan podido identificar las cuestiones diferenciales que en nuestra investigación hemos puesto de relevancia, como son los aspectos vinculados fundamentalmente a las inequidades por razones de género y de clase. ¿Cuáles son las barreras epistemológicas, morales, que impiden visibilizar tales cuestiones? ¿Qué estrategias deben implementarse institucionalmente para que la atención en las cuestiones aquí señaladas relativas a estas dos categorías centrales de desigualación (género y clase), puedan ser incorporadas tanto en la etapa diagnóstica, como en el tratamiento?

Veamos concretamente cómo operan tales resistencias:

- ***¿Realizás alguna evaluación de necesidades diferenciales entre mujeres y varones, digamos, qué cosas necesitan las mujeres y qué cosas necesitan los varones para atravesar el tratamiento?***

“No, no lo había ni pensado” (Terapeuta ocupacional)

- *“no la verdad es que no encuentro diferencias en ese sentido, me parece que de la misma manera, en el hombre que en la mujer” (Psicóloga).*

Atendiendo a estas consideraciones, entendemos que se incurre en una confusión entre igualdad y equidad, ya que al no indagarse o diagnosticarse en términos de necesidades diferenciales de género y consecuentemente “impartir una atención igual a necesidades diferentes” (Tajer, 2004), se produce necesariamente inequidades de género en la atención.

11.4. Concepciones sobre la accesibilidad ampliada o “adherencia” a tratamiento

Cabe recordar en este momento la reflexión conceptual que desarrollamos en el capítulo 2, apartado 2.7, sobre la decisión que tomamos a posteriori del trabajo de campo, respecto a nuestra preferencia en utilizar la noción de accesibilidad ampliada, en vez de la de adherencia. Sin embargo como en las entrevistas preguntábamos sobre éste último término, veremos que muchas respuestas son acordes con la misma.

Aclarado esto, ahora nos detendremos en analizar las concepciones que los/as profesionales tienen sobre la adherencia o accesibilidad ampliada a tratamiento. Uno de los entrevistados hace referencia a la definición sostenida desde el paradigma biomédico, que es pensada “como un comportamiento, una actitud de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, y es desde esa perspectiva que se vienen estudiando los factores que la fortalecen o conspiran contra ella” (Margulies, 2006: 288). Según el psicólogo, esta concepción “clásica” es entendida como el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, y al respecto establece ciertas diferencias:

- *no me gusta mucho, entiendo que es un término que se usa mucho en la literatura de salud mental y en adicciones, no me gusta porque me parece que es un término que implica cierta facilidad del paciente, es decir, sería el paciente adherente el que puede cumplir con ciertas formas del tratamiento, por lo que te decía antes, cumplir con las formas del tratamiento no quiere decir cambiar de posición subjetiva, [que] me parece que es a lo que tiende un tratamiento analítico de la adicción (Psicólogo).*

Es interesante la reflexión que realiza el entrevistado, quien analiza críticamente esta concepción del Modelo Médico Hegemónico, donde la posición del/la paciente denotaría “en todo caso [...] un paciente más normalizado”.

También distinguen que “adherencia” no es sólo asistir puntualmente a los turnos, avisar cuándo no van a concurrir, sino que puedan “trabajar” por qué y para qué consumen, y en ese proceso tender a un cambio en la “posición subjetiva”.

- *“Yo tengo pacientes del patronato [de liberados] que son impecables ¿sí? Que vienen todos los martes a las 10 de la mañana, ellos se llevan su certificado y no laburan nada. ¿Ese paciente tiene “adherencia”? No, viene, asiste regularmente” (Psicóloga).*

Por otro lado, desde una “perspectiva intelectualista e individualista” (Margulies et al., 2006) prevalece una visión del/la paciente como una persona autónoma, que toma decisiones voluntarias y racionales, receptor/a de los consejos y prescripciones dadas desde el sistema sanitario, cargando de responsabilidad al individuo frente a la enfermedad y su resolución. Como venimos señalando, desde el servicio se elude la complejidad de la cuestión al no incorporar al análisis factores de índole estructural:

- *[se espera] que esté comprometido, más allá de que venga, que tenga buena transferencia con los profesionales que lo atienden, que venga, que demuestre entusiasmo, que se vayan notando algunos cambios, por supuesto que cada paciente tiene sus tiempos ¿no? (Trabajadora Social).*

- es el poder sostenerse en el espacio que uno le brinda, pero no sólo venir, sino comprometerse con su tratamiento, que pueda trabajar con su tratamiento (Terapeuta ocupacional).

11.5. Motivos que identifican como causales de abandono del tratamiento

De acuerdo a los motivos identificados por las/os trabajadoras/as de la salud del Hospital como causales o coadyuvantes en el abandono del tratamiento, agrupamos y clasificamos tres tipos de obstáculos: 1) barreras de accesibilidad ampliada relativas a la institución, 2) relativas a la relación entre trabajadoras/as de la salud y “pacientes”, 3) relativas a los/as consultantes.

A partir de las entrevistas, una constante que registramos, es la escasa o nula evaluación que desde una perspectiva de género realizan los/as profesionales, respecto a las diferencias existentes en las formas de padecer, enfermar y resolver sus problemas de salud presente en las mujeres y los varones. Esto trae como consecuencia la invisibilización de las características diversas que presentan las usuarias y los usuarios en relación a las barreras de accesibilidad ampliada y que describimos en extenso en los capítulos 8 y 9.

11.5.1. Barreras de accesibilidad ampliada relativas a la institución

Del total de especialistas entrevistados/as, sólo en un caso se aludió a la cuestión de género, como un criterio que atenta contra la accesibilidad ampliada de las usuarias mujeres a un tratamiento de mayor complejidad en los dispositivos de internación, ya sea de tiempo completo o medio día; esto se vincula con la escasez de servicios públicos disponibles para mujeres.

- en la modalidad de tratamiento si, se presenta mucho esto de pensar en el género, porque a veces se presenta como un obstáculo, más en adicciones, hay muchas instituciones que aceptan internaciones únicamente de hombres, incluso Hospitales de día, entonces esto se nos presenta como una dificultad a la hora de internar o de disponer de un tratamiento de media internación, en ese sentido (Psicóloga).

Según los datos recabados en la Subsecretaría de Atención de las Adicciones (SADA), la Provincia de Buenos Aires a través de las comunidades terapéuticas y centros de internación de gestión pública disponía en 2011 sólo de 24 camas destinadas a mujeres y 172 a varones. En el caso de los convenios establecidos con instituciones privadas y organizaciones no gubernamentales, el Estado accede a otras 404 plazas para varones y 29 para mujeres. Es decir que de 631 lugares disponibles en toda la provincia, sólo 53 son para mujeres.

Cabe aclarar que estas organizaciones pueden completar su capacidad no sólo con “pacientes” derivados desde la SADA, sino que también lo hacen a través de

SEDRONAR¹²³, obras sociales, medicina prepaga y con “pacientes” que concurren en forma particular sin cobertura social o beca, reduciendo en tal sentido la disponibilidad de plazas para ser ocupadas por usuarios/as derivados desde la provincia. Esta aclaración es pertinente, ya que en los momentos en que la Subsecretaría estuvo en crisis aguda (descrita en capítulo 6), adeudando el pago de las becas de tratamiento, se resintió severamente la posibilidad de derivación a los establecimientos no gubernamentales.

Otra cuestión señalada como barrera de accesibilidad relativa a la institución es la que se asocia a los tiempos de espera, especialmente para los primeros turnos. Por momentos existen listas de espera de más de 15 días. Aunque desde la Dirección del Hospital se tiene especial atención al respecto, la elevada demanda recibida para tratamiento hace que en algunos períodos se dilate el acceso inicial al mismo.

En otros casos, se visualiza la restricción horaria, ya que el servicio no dispone de una guardia nocturna, ni durante la totalidad del fin de semana. Atendiendo a esta dificultad, hacia fines del mes de abril de 2012, se inauguró un dispositivo de atención nocturna, para casos puntuales, que funciona en la sede del Centro de Día.

Como venimos advirtiendo, una de las mayores barreras de orden institucional que identificamos es la poca atención que se le presta a los factores estructurales y la escasa perspectiva de género en el abordaje terapéutico.

11.5.2. Barreras relativas a la relación trabajador/a de salud-“paciente”

Una primera cuestión que los/as trabajadores/as de la salud perciben como problema es el tema de “la urgencia” con que demandan los/as consultantes al servicio.

En vinculación con esto, durante las distintas instancias de acercamiento de los/as usuarios/as al sistema de salud, el equipo tratante intenta pautar el modo, el momento y el lugar donde debe ser abordada la atención.

Por su parte, los/as usuarios/as de drogas despliegan diversas resistencias más o menos explícitas, en relación al ejercicio del poder estatal. Prácticas que los/as terapeutas identifican como un tipo de barrera de accesibilidad que refiere a la relación profesional/paciente.

No obstante, como otras de las clasificaciones esgrimidas por los/as terapeutas que seguidamente discutiremos en este apartado, entendemos que más bien se trata de una normativa arbitraria impuesta por el servicio que, partiendo de una dificultad objetiva en el diagnóstico de la urgencia subjetiva, limita y excluye a aquéllos/as usuarios/as que no se ajustan a regla y en consecuencia se instaura como inequidad en la atención.

Los turnos, horarios, tiempos de espera, los sinuosos procesos de circulación que deben atravesar quienes se acercan a los servicios públicos, son las dinámicas cotidianas a la que los pobres se “deben” amoldar para recibir la “asistencia” estatal. Estas prescripciones que se imparten desde un lugar hegemónico, desde un “nosotros” experto, moldean las interacciones entre unos/as y otros/as, al tiempo que operan como

¹²³ SEDRONAR: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico. Presidencia de La Nación.

modo de domesticación y de subordinación de la voluntad de “los otros”. De este modo se establece la categoría de “paciente”, es decir, aquel que tiene “paciencia”, definida según la Real Academia Española como la capacidad de padecer o soportar algo sin alterarse.

- a mí, la idea esa de salir detrás del paciente corriendo porque se le ocurrió venir hoy, no sirve [...] la mayoría hasta hace 15 años que están en la misma situación y si no es hoy, no es nunca. ¿Porque hoy? Y... porque se acerca el fin de semana, entonces quiero quedar bien con mi mujer... ¡nada, mentira! (Psicóloga).

Como podemos apreciar, de acuerdo a las palabras de la psicóloga, las transgresiones, innovaciones y otras prácticas disruptivas utilizadas por los/as consultantes generan desajustes en las normas instituidas por los/as especialistas.

Las necesidades del/a otro/a, el padecimiento o sufrimiento insoportable, la premura y urgencia subjetiva, el haber encontrado este y no otro momento para “pedir ayuda” es visto por el equipo tratante como un modo de subvertir el orden de las cosas. Los tiempos de espera, parecería que debieran soportarse sin la mínima alteración.

No obstante, tal como plantea Schwartz (1974), de acuerdo a la posición que ocupa un/a sujeto/a dentro del sistema social, de acuerdo al poder que este/a detente, serán diferentes los períodos en que espera y es esperado/a por otros miembros de la sociedad. De acuerdo a nuestra experiencia, la afirmación de Schwartz coincide con innumerables situaciones que presenciamos, donde los/as profesionales se disgustaban cuando los/as usuarios/as se retrasaban o cambiaban un turno o se ausentaban sin previo aviso.

Veamos la siguiente nota de campo.

22 de noviembre de 2011: *una de las psicólogas mientras estábamos en el SUM se dirige a mí y me dice:*

- Vos que estás trabajando con violencia, mirá esta paciente, que la maltrata el ex-marido, pero fijate que sigue viviendo con él. La semana pasada le di una entrevista con la Trabajadora Social y como se murió la madre –dice– es entendible que no haya venido, ponete. Pero ahora, le armé toda una estrategia institucional donde tenía primero conmigo a las 8:30 hs., después con la Trabajadora Social y con la Psiquiatra le di a las 11 hs., entonces podía venir a todos los turnos juntos. ¡Mirá la hora que es y no vino!!

Le explico que en los casos de violencia es complejo poder salir de la situación de conflicto permanente en la que se encuentran.

-Y... pero tendría que hacer algo del orden del cambio -remata diciendo molesta.

Sin embargo, otra evaluación del periodo de espera se realiza si quienes tienen que esperar son los/as pacientes. Esto refuerza la idea de que el/la paciente debe esperar pacientemente el momento en que el/a terapeuta considere que tiene que concurrir a tratamiento.

Como veremos en la siguiente nota de campo, frente a las resistencias de los/as consultantes, lejos de analizar la situación de queja y denuncia de quienes hacen tratamiento en respuesta a los excesivos lapsos de espera, emergen actitudes represivas y de control social.

19 de Septiembre de 2011: Me encontraba leyendo en el SUM mientras se hacía el horario de la reunión de equipo, varios/as de los/as profesionales estaban en el patio fumando y charlando. Eran aproximadamente las 13:15 hs. De repente entra corriendo una de las psicólogas pidiendo que viniera la psiquiatra, diciendo que una paciente estaba muy exaltada.

En eso se empiezan a escuchar los gritos...

- ¡Vení falopero!!! ¡No te vayas, vení para acá!! –le grita una mujer a su pareja que se estaba yendo del hospital.

Luego la mujer se da vuelta y ve a todo el equipo del hospital que se había agolpado en la sala de espera observando y tratando de buscar el modo de actuar frente a la situación. En eso los increpa:

- ¡Son unos hijos de puta, que se la pasan cambiando los turnos!! ¡Éste –refiriéndose a su pareja–, hace tres meses que viene y siempre le cambian los turnos, vino dos veces en tres meses!! –y continúa vociferando e insultando a todos, a las secretarias, a cualquiera que se le cruce.

En ese momento, baja del piso de arriba el Director Asociado, se presenta ante ella y trata de calmarla.

- ¡Y a mí qué me importa!! ¿Vos te crees que te voy a tener miedo? Se la pasan cambiando los turnos. ¡Éste –refiriéndose nuevamente a su pareja–, viene y nunca lo atienden, no les importa nada, están esperando que uno esté re mal para hacer algo!! –continúa gritando.

Entra la pareja y le dice:

-Dale vamos, quedate tranquila.

-¡Pero qué te hacés el relajado!! –le contesta la mujer.

-Yo no vengo más –dice él.

- Ven... es lo que quieren lograr, ahora éste no viene más. Se la pasan cambiando los turnos.

Más allá del episodio anecdótico, la cuestión es la denuncia que hace la paciente, de que su pareja no es atendida y que le cambian los turnos.

Frente a la situación el equipo dice, por un lado que la psicóloga le había cambiado el turno al consultante porque se había tomado un ausente con aviso, “justo ahora ella va a tener que pagar por el incidente, si no hubiera sucedido esto no hubiera pasado nada”.

Luego lo que siguió fue una serie de conversaciones entre los distintos integrantes del equipo terapéutico a modo de queja de que el hospital no contaba con ninguna medicación inyectable como para calmar a alguien que se exalte de esa manera. Alguien dijo que se podía plantear la necesidad de proveer de medicación para esos casos.

Yo pregunté:

-¿Pero eso se hace normalmente?

-Y si, en un servicio de salud mental, de una clínica o un hospital se usa –me respondieron.

Otra psicóloga dice:

-Pero para agarrar a una persona en ese estado necesitas 4 tipos que la controlen.

-No... la reducís enseguida –responde otro de los psicólogos y comienza a dar ejemplos de qué maniobras se debían utilizar para contener a una persona,

comentando varios ejemplos de situaciones similares que había vivenciado en el Hospital San Martín donde él trabajaba anteriormente.

Del ejemplo anterior se desprende como, de acuerdo al poder-saber que se detente, operan diferencialmente modos ejercer control sobre el tiempo de los/as otros/as, ya sea que se ocupe un lugar hegemónico, en cuyo caso se habilita a diversas estrategias como posponer, diferir, demorar, despertar falsas expectativas, o por el contrario apurar, tomar por sorpresa. Sin embargo, si se ocupa un lugar subalterno se debe soportar una espera angustiante e impotente (Bourdieu, 1999).

Pasemos ahora al segundo tipo de barrera de accesibilidad identificada por los/as profesionales entrevistados/as, descrita dentro de la categoría de problemas en la relación trabajador/a de salud-paciente. Ésta hace referencia a la cuestión transferencial, o a las modalidades de abordaje terapéutico asociado a la postura teórica con que se atiende, y la cuestión de la experticia que se va adquiriendo a lo largo de la trayectoria en la temática.

- ¿Qué factores te parece intervienen en que alguien no se enganche con el tratamiento?

-Eh... el terapeuta, a ver, no porque sea mejor o peor, sino porque yo considero que así como el paciente es particular, [...], a veces hay pacientes que con unos no funcionan y con otros sí.

Cuando sos nuevo, recién recibido, se te van mucho más los pacientes que cuando sos vieja, y eso por algo debe ser, porque de alguna manera lo manejas de otra forma, viste. Y no sos tan rígida en algunas cosas, por lo menos es lo que a mí me pasaba ¿no? Por ejemplo esto, si este paciente me dice “yo no tuve ganas de venir ayer, me quede dormido”, yo antes le hubiese dicho y “¿por qué te quedaste dormido? Tenés que venir a la terapia, te está pasando algo con la terapia”, y eso hace que el paciente por ahí tome más distancia y no tenga más ganas de venir, entonces si vos le decís “bueno está bien, por ahí es porque por ahí no necesitás venir tanto”, hace que el paciente quizás venga más, son como maniobras distintas, parte de eso se llama la transferencia.

Es por eso, no le hacen un alojamiento adecuado (Psicóloga).

En tercer lugar, un elemento no menor que pudimos identificar, es la divergencia existente en las representaciones que tienen por un lado los/as usuarios/as de sustancias y por otro los/as trabajadores de la salud en cuanto a las concepciones del proceso de salud/enfermedad en la problemática de los consumos de drogas y alcohol y los objetivos o metas buscados por ambos grupos a través del tratamiento.

Al respecto, los/as profesionales reconocen que uno de los motivos frecuentes de abandono es el “sentimiento de bienestar” que los/as usuarios/as tienen luego de ordenar algunas cuestiones ligadas al consumo, a la familia, pareja, uso del tiempo, etc. Sin embargo, este sentimiento no coincide con los objetivos que el equipo de salud se plantea para que un/a paciente continúe en tratamiento.

- y después están los pacientes que..., sabés que hay un montón que te dicen, yo vine y te dice: “a mí me hizo bien, y como me sentí bien dejé, pero ahora me

vuelven a pasar las cosas que me pasaban antes, entonces vuelvo”, y hay que trabajar eso, de ¿qué es sentirse bien? y ¿por qué al sentirse bien dejan?, si sentirse bien tiene que ver ¿que recuperaron a su mujer?, ¿por qué los padres no les ponen tantos límites porque como viene se supone que está bien, no lo hinchan? o ¿tiene que ver con que, redujeron el consumo o suspendieron el consumo y empezaron a hacer algunas cosas en ese momento? Y bueno, poder trabajar ¿por qué se vuelve a ese punto?, porque se vuelve porque no ha sido trabajado en ese momento, se sintieron bien y no quieren saber, te cruzas todo el tiempo con pacientes que no quieren saber (Psicóloga).

Ligado a esta cuestión se halla el criterio de alta sostenido por el sistema de salud. Al respecto, observamos que no se trata de una pauta consensuada por todos/as los/as profesionales del equipo, ni protocolarizada en cuanto a objetivos, etapas, metas a lograr para poder culminar un tratamiento. En este sentido, mucho menos es consensuada con los/as “pacientes”, no se explicita qué se espera que logren, qué deberes, obligaciones, derechos y beneficios tienen los/as usuarios/as y en consecuencia, esta falta de parámetros terapéuticos deja librado a los juicios individuales tanto del lado del sistema sanitario como de la población concurrente sobre cuándo finalizar el proceso de atención. En todo caso, la raíz de la incertidumbre subjetiva se sustenta en la imprevisibilidad objetiva de los requisitos para el alta.

Cabe aclarar que la Ley Nacional de Salud Mental en su artículo 7 inciso j) es clara en la necesidad garantizar el “*derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales*”.

La falta de información domina la lógica terapéutica en el Hospital. El resultado de la incertidumbre puede conducir a dos caminos antagónicos, uno menos drástico sería el consentimiento, la quietud, la resignación, el más radical sería el abandono del tratamiento. Lamentablemente este último, es el que más de la mitad de los/as pacientes recorre.

Entre las explicaciones brindadas por algunos/as de los/as profesionales entrevistados/as sobre la cuestión de pensar un alta terapéutica, se arguye que debido a que se trata de una “*patología crónica*”, por lo tanto, no existiría la noción de “*cura*”. Desde este punto de vista les resulta difícil pensar en las causales para finalizar el tratamiento. Un ejemplo de esta concepción, puede sintetizarse en la conversación sostenida con una de las psicólogas:

Alta no es sinónimo de que está curado, eso me parece que no.

¿Y cuál sería la cura entonces?

No, no hay cura, bueno hay que ver a qué le llamamos cura.

¿Y para ustedes cuál sería?

Y lo que pasa que en el término de la salud mental no hay cura, son una patología crónica si, digamos, podría haber rectificación, ya te digo del sujeto frente a su problema, pero cura, al estilo de la medicina, no, de que no haya más síntoma no, por ahí que no consuma sí, pero, pero me parece que eso no puede ser un criterio, un único criterio de alta (psicóloga).

Sin embargo, consideramos que los sentidos que circulan en torno al consumo de sustancias desde un plano ético-jurídico y médico-sanitario¹²⁴ son los que atentan con la posibilidad de otorgarle capacidad de agencia a los/as usuarios/as que están en tratamiento, y en consecuencia no se los/as visualiza como sujetos/as de derecho. En la misma línea entendemos que las precisiones descritas por el sociólogo Alessandro Baratta (1993) son pertinentes para entender esta dificultad. Baratta considera que la definición del “problema de la droga” como delito-enfermedad está en la base de los procesos de estigmatización social, donde la imagen dominante del sistema está caracterizada por cuatro elementos:

- a) la relación necesaria entre consumo de droga y dependencia (y la evolución necesaria desde la dependencia de las drogas blandas a las drogas duras);
- b) la pertenencia de los/as toxicómanos/as a una subcultura que no comparte el sentido de la realidad propio de la mayoría de los/as "normales";
- c) el comportamiento asocial y delictivo de los/as drogodependientes, que los/as aísla de la vida productiva y los/as introduce en carreras criminales;
- d) el estado de enfermedad psicofísica de los/as drogodependientes y la irreversibilidad de la dependencia.

Por lo tanto se genera una connotación negativa de los/as usuarios/as tendiente a la patologización del proceso de consumo, concibiéndolo como destino, inmutable.

La última barrera visualizada por los/as profesionales en este eje de análisis, es la negación que los/as pacientes realizan respecto a su consumo como un problema de salud. Este sentido otorgado por los/as usuarios, es considerado por los/as terapeutas como inherente a las particularidades existentes en la clínica de la toxicomanía, y el hecho de revertir este posicionamiento se torna una de las mayores “apuestas”¹²⁵ de los/as especialistas en los primeros momentos del proceso de atención.

- Bueno para mí, son las propias limitaciones de la clínica con pacientes adictos, que son las limitaciones que uno ve en los pacientes, no llegan del mismo modo que llegaría otro tipo de paciente, que en general no vienen por su propia voluntad, son traídos, muchas veces obligados por un juzgado, después los atendés, te digo, la consulta a un psicólogo está motivada por un malestar, por un síntoma, porque al paciente le pase algo que quiera mejorar. Acá, por ser toxicomanía, me parece tiene otras vetas, que el paciente llega y quizás no tiene un malestar o por lo que lo traen y no quiere ser curado, esa es la paradoja que por ahí nos encontramos, lo traen porque consume, pero el tipo dice que el consumo no le es un problema para él, eso es una limitación, una dificultad que hay que poner a trabajar (psicóloga).

Sin embargo, si nos detenemos analíticamente en esta aseveración parecería que más que a una dificultad de las/os pacientes se debe a una dificultad del dispositivo, que dispensa una atención que no se articula/adecúa a los/as usuarios/as que llegan a consultar. Esta aseveración estaría denotando que los dispositivos implementados con un enfoque de control social, ya sea biomédico o jurídico y que apuntan atender la

¹²⁴ Para su descripción ver capítulo 5.

¹²⁵ Apuestas: expresión usada por los/as terapeutas, y que entendemos como “objetivos” implícitos que los/as profesionales se plantean para el tratamiento.

desviación, terminan no siendo efectivos, y/o muy difíciles de implementar por parte de los equipos terapéuticos.

11.5.3. Barreras relativas a características de los/as “pacientes”

El último grupo de obstáculos identificados desde el equipo tratante, es aquel relativo a cuestiones que los/as profesionales asocian con ciertas características propias de las personas que concurren.

Al respecto, una primera distinción apunta a las explicaciones dadas por los/as expertos/as sobre las dificultades de los/as pacientes para ser constantes en el tratamiento. En tal sentido, arguyen que el principal inconveniente es que *“generalmente las personas que concurren no presentan una demanda concreta para ser atendidas”*. Esto lo asocian con los distintos tipos de acercamiento inicial que tienen con el servicio. Como dijimos anteriormente, según relatan los/as especialistas, una elevada proporción de los/as pacientes no concurren en forma voluntaria sino que son *“traídos/as por otros/as”* o *“deben”* realizar el tratamiento por una disposición judicial. Esto trae aparejado una falta de motivación para el cambio, la cual es percibida como un obstáculo para avanzar en el proceso terapéutico. También se asocia con una baja percepción del problema o dificultades de autorreconocimiento de la *“enfermedad”* por parte de los/as usuarios/as.

- *la falta de conciencia de enfermedad, no tener conciencia que esto es una enfermedad y necesita tratamiento, minimizar el problema. Esto de que no es una enfermedad, de que uno lo hace por placer o porque le gusta, que pueden cortar cuando quieren (Trabajadora Social).*

En segundo lugar, queremos visualizar que desde una perspectiva adultocéntrica, recurrentemente se identificó a los/as adolescentes como uno de los grupos que menos *“adherencia”* tienen, considerando en algunos casos una limitante infranqueable para intervenir con esta clase etaria.

- *Esto de ser desmotivado se ve mucho en los adolescentes, no tener proyectos no tener entusiasmos de hacer nada, no sólo de estudiar, sino después de hacer un curso, hacer algún deporte, una expectativa de vida, un proyecto, como que no hay un factor, algo que los movilice, tipo... “me voy a poner bien así puedo no sé, jugar al fútbol o puedo retomar tal deporte (Trabajadora Social).*

Al respecto advertimos que más que una dificultad exclusiva de los/as adolescentes, se ponen en evidencia las limitaciones del equipo terapéutico para operar con este colectivo.

En tercer lugar, las barreras asociadas a aspectos culturales, lingüísticos, valores, creencias, usos del tiempo, dificultades en la decodificación de la terminología técnica, también son factores identificados por los/as profesionales.

- *A mí me pasó concretamente esto. Porque a veces uno usa un lenguaje... y una vez vino una persona que, que no quería atenderse más conmigo porque en la entrevista que había tenido, yo hablaba mal. Cosa que surge ahí. Claro, el hablar mal era haber usado algún término técnico que de pronto uno utiliza y que en*

realidad... o sea, no en el sentido de insultar, porque no es mi estilo, pero cómo es interpretado por otro” (Psicóloga).

A partir del relato de esta psicóloga se pone en evidencia que este episodio es más frecuente de lo que el equipo registra, no obstante, en la mayoría de los casos los/as pacientes ubicados sociosubjetivamente en una posición subalterna, con menores recursos para reclamar sus derechos, raramente solicitan un cambio de terapeuta y posiblemente, si la práctica profesional continua, la distancia se amplía, y es probable que el/la usuario/a abandone el tratamiento.

Las barreras que responden a la utilización de un lenguaje técnico -siendo que en el espacio psicoterapéutico lo que se pone en juego es la palabra-, denota un modo de perpetuar la distancia de clase, es decir, opera como distinción en el ejercicio del poder. Poder que se inscribe en las disposiciones mentales, corporales, lingüísticas de los/as que ocupan una posición hegemónica (en nuestro caso los/as profesionales) pero también en aquellos/as que ocupan una posición subalterna (es decir, las y los consumidores y su red vincular), y precisamente porque está anclado en las prácticas cotidianas, ambos grupos tienden a naturalizar esta relación desigual de poder.

Pese a que los/as profesionales identifican los elementos antes citados como barreras inherentes a las características de los/as consultantes, más bien parecería que se trata de una falta de recursos, herramientas, estrategias que los/as propios/as especialistas tienen en cuanto a la adecuación de los abordajes al tipo de usuarios/as que solicitan atención. Es decir que idealizan un tipo de paciente que en realidad no llega a tratamiento, y en consecuencia no adecúan la terapéutica a las personas que consultan, esto indudablemente se traduce en inequidades en la atención en salud.

Por otro lado, de acuerdo a las narrativas de los/as profesionales reconocemos un cuarto tipo de barreras, en este caso aquellas ligadas a cuestiones económicas, entre las que se encuentran la estabilidad laboral para poder pedir licencias o permisos a fin de concurrir a los espacios terapéuticos; en otros casos la gran energía utilizada por los/as pacientes para resolver el sustento diario que resta posibilidades de registrar su propia salud como un elemento prioritario a ser atendido; o contar con obra social que facilite el acceso a medicación y realización de estudios clínicos.

- cuestiones económicas, también, que... podría, si, la estabilidad económica, por ejemplo, y la falta de estabilidad económica también, en lo no adherente, ¿no? (Psicóloga).

- la persona no tiene para comer, ahí como que el dispositivo de entrevistas queda un poco al margen, hay que resolver otras cuestiones antes (Psicólogo).

Llama la atención el señalamiento realizado por este último profesional, donde identificamos una falta de abordaje integral. Es decir, que si bien el psicólogo puede visualizar cuestiones acuciantes relativas a lo económico, entendemos que la referencia a que por razones económicas “*el dispositivo de entrevistas queda un poco al margen*” se corresponde con una modalidad de abordaje compartimentada, estratificada, donde habría una cierta escisión entre cuestiones del orden psi y otras relativas a lo sociocultural. Sumado a que, como veremos en el siguiente capítulo, no hay un abordaje

interdisciplinario de los casos, sino que más bien existen derivaciones a los/as distintos/as profesionales del equipo para abordar factores que supuestamente escaparían al campo psíquico. Resultando de este modo que cada uno/a se ocupa de una porción de la “problemática” y del/la sujeto/a, y no que entre las distintas especialidades se aborde conjuntamente, de manera integral, la complejidad de la misma.

Una respuesta que intenta disminuir las barreras de tipo económicas, aunque en un sentido utilitario, es que desde el servicio se tramitan, a través de los/as trabajadores/as sociales, los pases para colectivos, y en algunas situaciones se brinda un servicio de viandas para aquellas personas en tratamiento de mayor vulnerabilidad económica.

Queremos detenernos un momento en esta cuestión. Recordemos las características de las personas en tratamiento que componen la muestra de nuestro estudio de caso. Al respecto, reparamos en que mayoritariamente pueden ser agrupadas dentro de los sectores bajos y medios-bajos de la estructura social, con una alta tasa de desocupación y de empleos informales, con baja calificación laboral y un nivel de instrucción que apenas alcanza el secundario incompleto. No obstante, en función de que nuestra muestra no ha sido seleccionada probabilísticamente, no podemos aseverar que las características de nuestros/as informantes sean extensivas a la totalidad de las personas concurrentes al servicio. Sin embargo, como pusimos de relevancia en el capítulo 8, quienes preponderantemente utilizan los dispositivos dependientes de la SPAA-SADA corresponden a los sectores subalternos.

A su vez, tal como señalamos en varios segmentos de esta tesis, las dificultades estructurales que se les presentan a los conjuntos sociales desfavorecidos impregnan su vida cotidiana, erigiéndose como gigantes molinos de viento contra los cuales ni un valiente caballero podría derribar. Por lo cual, “salir del bardo” les resulta prácticamente imposible.

Atendiendo a las premisas de la Ley de Salud Mental vigente, donde la atención integral es uno de los instrumentos previstos para la restitución de derechos, nuevamente debemos reparar en la ineficacia de una atención compartimentada, escindida de la compleja realidad que les toca vivir a quienes consultan, centrada, reducida sólo a factores individuales, intrapsíquicos. Como si los elementos socioculturales, económicos, políticos, étnicos, raciales, genéricos y etarios no incidieran en las subjetividades y en las relaciones sociales de quienes concurren a tratamiento. Nuevamente estamos ante la presencia de una mirada esencialista, moral-jurídica de la problemática, que prácticamente no genera bienestar.

Una atención integral debería brindarse no sólo desde un equipo interdisciplinario que atienda la complejidad de la realidad de las y los usuarios/as de sustancias, sino que es preciso que se ofrezca intersectorialmente, junto a otras áreas del estado (vivienda, trabajo, educación, etc.). De lo contrario recaerá nuevamente en la responsabilidad de cada persona el poder resolver meritocráticamente las dificultades que cotidianamente se les presentan.

Pasemos ahora al siguiente factor identificado como barrera de accesibilidad ampliada. En este caso el hecho de que la red social de pertenencia, como familia, parejas, empleadores/as, amistades pueda tener un posicionamiento estigmatizante sobre el/la

usurario/a, es evaluado por los/as profesionales, como una situación que atenta contra el sostenimiento del proceso terapéutico.

- se escuchan muchos prejuicios alrededor de esta problemática, más allá que [desde la familia] la consideren una enfermedad, es como que tiene muchos prejuicios “es un drogadicto” y bueno, no se le da la importancia de acompañarlos como si tuviese otra enfermedad, ¿sí?, si hay un cáncer la familia se reúne, los hijos se unen, acompañan, en este caso no. Por ahí se sienten muy solos y eso tira para atrás un poco (Psicóloga).

- La falta de apoyo en esto del tratamiento (Psicóloga).

En tal sentido, acordamos con la apreciación del equipo tratante en que la mirada social hegemónica, que se tiene sobre el uso problemático de sustancias es apropiada y reproducida luego por los allegados de los/as consumidores/as, a diferencia de otras problemáticas, tienden a estigmatizar al/la usuario/a. Igualmente, el consumo se lo ve causado (en el sentido de la culpa) por la misma persona que consume, desconociendo factores socioculturales, económicos, geopolíticos, etc. que inciden.

A partir de las evidencias señaladas en el capítulo anterior, al ocuparnos de las particularidades de la gestión de tratamiento de las mujeres, podemos concluir que existe un factor suplementario de vulnerabilidad que impacta diferencialmente en ellas, y es la presencia de violencia de género que en muchos casos se liga a una violencia intrafamiliar. Esta cuestión también es identificada como una barrera de accesibilidad que debe ser trabajada, sin embargo, es considerada como un elemento que tiene que ser resuelto previamente, antes de situarse en el abordaje del consumo. Al respecto, cabe destacar que tampoco es observado por todo el equipo sino sólo por algunos/as profesionales.

- las cuestiones de violencia familiar, quizás se necesita poner en forma otras cuestiones antes de pensar un tratamiento estricto (Psicólogo).

Al igual que lo señalado anteriormente, nuevamente estamos ante la presencia de una mirada fragmentaria. Es que al igual que las cuestiones económicas, la violencia familiar es parte del tratamiento estrictamente hablando, y no debe ser abordada de modo escindido de la situación de consumo. Sin embargo, este profesional aunque identifica la situación de violencia como una cuestión a trabajar, ésta no es percibida como parte del tratamiento, sino como algo que debe ser resuelto por otros servicios y frecuentemente se termina derivando. Esto demuestra la escasa preparación en cuestiones de género que tienen los/as profesionales.

Un último aspecto que quisiéramos señalar, es que de acuerdo al relato que presentamos a continuación, parecería que para los/as especialistas existe una “manera de ser adicto/a”. En el mismo se detalla una serie de características que describirían desde una perspectiva esencialista cómo sería la identidad adictiva.

- no puedo ser tan ingenua de creer que el adicto en sí no tiene sus características, o sea, a ver, no sé si son de la persona en sí, pero el adicto en general es manipulador, tiende a mentir, si está sin consumo se pone intolerante, irritable, o sea tiene... es inestable, no tiene un proyecto vital, está desorganizado en su tiempo, en su espacio; con lo cual yo no puedo desconocer estas características más allá de cuánto se drogaria ¿sí?, son pacientes que

van a sacar un turno, van a venir, después van a faltar, después van a volver a venir, después van a faltar, ahora yo trato de preguntarme en cada quien ¿por qué? (Psicóloga).

De esta manera, los y las usuarios/as de sustancias serían percibidos/as como un grupo homogéneo ocultándose las diferencias internas, circulando en torno al colectivo, ciertas metáforas que se constituyen en significantes sociales cargados de sentidos morales. Al ser caracterizado en términos “esencialistas” (no dinámicos, ni contextualizados) y biologicistas, se le asigna a todo el conjunto, imágenes de “desviación” a la normatividad imperante, de intolerancia, descontrol, anomia y hasta de peligrosidad debido a la inestabilidad conductual que se les atribuye. Estos sentidos negativos otorgados a los/as sujetos/as que consumen drogas se constituyen en verdaderos obstáculos para la equidad en la atención.

Al mismo tiempo que ocultan el entramado de relaciones de desigualdad, opresión y dominación que operan sobre la base de categorías de clase, género, edad, etnia, etc. especialmente en los sectores sociales que más han sido afectados por los procesos históricos sociales de precarización de las condiciones de vida y exclusión social.

11.6. ¿Quiénes presentan mayor “adherencia”?

Observamos discrepancias entre los/as especialistas en relación a quienes son más adherentes. Una posible dificultad en la evaluación estaría dada por la menor proporción de mujeres que concurren a tratamiento, por lo cual no permite realizar una comparación entre las y los usuarias/os.

- Con el tratamiento, esto que vos planteas como adherencia: que no es sólo venir sino bueno... modificaciones o preguntarse, ¿qué pasa con las mujeres?

“Trabaja, si, trabaja más, también en general la mujer siempre tiene como otras digamos, en general la mujer tiene hijos, tiene otras cosas que tampoco le permiten veletear tanto ¿no? creo que la mujer una vez que viene es como que está más dispuesta, más decidida a laburar en lo que le pasa” (Terapista ocupacional).

- En relación a esa no adherencia, tienen mayor no adherencia ¿mujeres o varones?

“No, no, al contrario, la mujer... para mí se sostiene más, digamos, no tengo estadística, pero para mí, se sostiene más en el tratamiento” (Terapista ocupacional).

- Según lo que vos manejas, ¿no? la casuística, ¿quiénes serían más adherentes, mujeres o varones?

“No, es lo mismo, será porque también, o sea por lo menos en mi caso, siempre caso por caso, me ha tocado pacientes muy difíciles, me han tocado hombres muy difíciles y por ahí pacientes muy adherentes en cuanto al compromiso, en cuanto a su compromiso subjetivo, ¿no?, y hombres también, sí, no, no, no puedo hacer una diferencia entre hombres y mujeres. Por ahí si lo podría decir en cuanto a las edades” (Psicóloga).

Según planteaba previamente esta última profesional, la cantidad de mujeres que atendía en el hospital era muy escasa, por lo que su respuesta se ve sesgada entre casos de varones que se le presentan como adherentes, y aquellos no adherentes, no pudiendo

hallar diferencias entre mujeres y varones, porque casi no atiende a las primeras, en consecuencia éstas se le presentan como transparentes al valorarlas. Aunque sí encuentra diferencias entre adolescentes y adultos/as.

11.7. ¿Cómo mejorar la “adherencia”?

Al indagar si en el hospital se podrían implementar algunas estrategias que tiendan a mejorar la permanencia de los/as consultantes en el tratamiento, algunos profesionales plantean ampliar la oferta de talleres para poder implicarlos/as más.

“Que vengan a la terapeuta ocupacional, que haya algún otro taller que haya más grupos, o sea que asistan más para lograr de la institución un lugar de pertenencia que no sea... “voy una vez a la terapia me ve un psicólogo y nada más”, no, que puedan tener distintos dispositivos, cosa que ellos también vayan encariñándose con el lugar, algo que sea más propio por el lugar” (Trabajadora social).

“Yo pienso que sí. Creo que los hay, los ha habido. Eh, uno ve que donde hay como áreas de reflexión más libre, a veces esas áreas de expresión, eh, más libre, quizá no tanto desde la palabra sino desde la expresión, son facilitadoras, posteriormente ¿no?” (Psicóloga).

En relación a aquellos/as usuarios/as que reiteradas veces reingresan al hospital, se plantea realizar una evaluación que pueda identificar de manera más acertada el/la terapeuta que asuma el caso.

“Tratar de que la derivación sea pensada, no [que recaiga] en el primero [psicólogo/a] que viene o que tiene lugar” (Trabajadora Social)

Desde los responsables del centro se plantea como objetivo un “servicio de salud amigable”.

“El primer contacto con la persona que consulta, independientemente de la orientación teórica que uno tenga, independientemente del planteamiento que pueda llegar a hacer de ese tratamiento, lo que se juega en ese primer contacto es la posibilidad que vuelva, y en ese sentido apuntamos todos los cañones a que esa primera entrevista o ese primer contacto sea lo más amigable posible en un sentido, como para permitir que la gente sienta una confianza determinada en volver acá” (Psicólogo).

Las llamadas telefónicas para interiorizarse sobre las dificultades que tuvieron los/as “pacientes” es una estrategia utilizada frecuentemente, las cuales quedan registradas en la historia clínica. Otra estrategia para disminuir el tiempo de espera para iniciar el tratamiento fue aumentar la cantidad de turnos disponibles para admisiones y la posibilidad de formalizar un “grupo de bienvenida”.

¿Han buscado alguna estrategia, digamos, frente al abandono o reiteradas ausencias, de indagar cuáles fueron los motivos?

“Nunca fue una cuestión sistemática, no lo establecí yo como digamos como una fase necesaria del proceso de la consulta a la interrupción. En realidad nosotros tuvimos dos experiencias en ese sentido, llamarlos cuando no venían y otra también fue interesante en momentos donde había lista de espera de muchos días”

[...]

“Lo que se logró fue que los profesionales se comprometieran para sumar de 4 turnos a 6 diarios, estoy hablando de 24 a 30 turnos semanales los cuales serán 120 mensuales es una cantidad de turnos importantísima, los servicios de salud mental de cualquier hospital general tienen 4 ingresos por semana” (Psicólogo)

La apuesta a trabajar con la red social cercana es también planteada por algunos/as integrantes del equipo.

“A mí me parece que estaría bueno acá, que es diferente en casa de día y acá no está, es el trabajo con las familias, en “casa de día” hay reuniones con los padres, hay más contacto, y acá siempre queda el paciente en lo individual” (Terapista ocupacional).

11.8. Conclusiones

De la indagación que realizamos sobre las representaciones de los saberes expertos, se desprende por un lado, la invisibilización de las desigualdades de género, presentes tanto en el inicio e instalación del consumo, como en los diferentes costos psicosociales, culturales y económicos que tiene para unos y otras.

Las diversas estrategias utilizadas en el abordaje terapéutico, se inscriben en un interjuego de normatividades y moralidades, tendientes a borrar las diferencias, anular los atravesamientos culturales, sociales, económicos, políticos, homogenizando en un tipo particular de paciente: el “adicto”.

Sobre esta base se despliegan disposiciones, discursos y prácticas en la dimensión individual y no colectiva de la problemática, recayendo sobre los/as consultantes la responsabilidad de tener “conciencia de enfermedad” para poder “sostener algún tipo de tratamiento”. Por fuera de esta regla queda la mayoría de los/as usuarios/as que abandonan el tratamiento, en una proporción cercana al 70 % de quienes consultan.

Si bien el equipo terapéutico señala barreras de accesibilidad de tipo organizacional, en la relación profesional-usuario/a y en las características de los pacientes. Subrayamos que una de las mayores barreras es la escasa atención que le prestan los/as profesionales a los factores estructurales, de clase, edad y género. Con un abordaje que escinde las diversas dimensiones de la problemática, y las desplaza, culpabilizando a los/as usuarios/as de la no adecuación a la modalidad de tratamiento.

Otra cuestión que atenta contra los derechos de las personas, es la no explicitación de los objetivos, expectativas de logro y metas a alcanzar durante el proceso asistencial, al igual que es inexistente un criterio de alta consensuado por el equipo del hospital. Esta situación incurre en el incumplimiento de la normativa vigente sobre los abordajes de salud mental y adicciones bajo la Ley N° 26.657. Por otro lado, la ausencia de parámetros orientadores de las prácticas, trae como consecuencia frustración en los/as profesionales al confirmar la inevitabilidad del fracaso de la cura, desplazando la ineficacia terapéutica hacia el/la sujeto/a en tratamiento.

CAPÍTULO 12. MIDIENDO LA INTEGRALIDAD DE GÉNERO Y EQUIDAD EN LA POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS.

12.1. Género, derechos humanos y salud

Tanto en América Latina como a nivel mundial la promoción de la equidad de género se viene impulsando desde el movimiento de mujeres con perseverancia. Tal iniciativa ha permitido la incorporación progresiva de esta perspectiva en el campo de los derechos humanos desde los organismos internacionales, e igualmente reconocida en los plexos legales nacionales.

Las primeras normativas conocidas hasta 1789 que se ocupaban de garantizar los “derechos del hombre” regían específicamente sobre un sector reducido de la población, fundamentalmente varones, blancos, propietarios, de alto estatus en la escala social, dejando por fuera de la protección a mujeres, niños y niñas, ancianos/as, trabajadores/as, campesinos/as, otras etnias y razas no privilegiadas, etc.

Recién con la Declaración Universal de los Derechos del Hombre en 1948 se expresa, en su artículo 2, que *“toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”*. Sin embargo, en la práctica se fue constatando que era necesaria la promulgación de nuevos tratados internacionales que clarifiquen las inequidades que sufrían distintos grupos humanos y en consecuencia promover su erradicación. En tal sentido las palabras enunciadas en la fundamentación de la Convención sobre Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer¹²⁶ de las Naciones Unidas en 1979, vienen a visibilizar esta situación, siendo que los estados parte expresaron su preocupación *“al comprobar que a pesar de estos diversos instrumentos, las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones”* (CEDAW, 1979: 50).

En 1993 mediante la Declaración de Viena, se afirmó la igualdad en importancia de todos los derechos humanos, estableciendo criterios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia entre ellos. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, es definida por Chiarotti (2008:2) como “revolución conceptual de los derechos humanos”; de la misma participaron mujeres de todo el mundo. En ella se proclamó que los derechos humanos de las mujeres y las niñas son parte inalienable, integral e

¹²⁶ Conocida por sus siglas en inglés como CEDAW. El eje de la CEDAW es la no discriminación, incorpora la violación de derechos humanos no sólo en el ámbito público sino también en el privado, obliga a los Estados a tomar medidas al respecto, critica al relativismo cultural ingenuo (la tradición, la cultura) como sostenedor de discriminaciones contra la mujer, recupera la equidad y otorga una nueva concepción al respecto (iguales pero diferentes), incorpora todos los derechos como indivisibles. La omisión de la violencia contra las mujeres como acto de discriminación, se incorpora en 1992, en la recomendación n° 19, también se incluye la participación de la sociedad civil como instrumento de control.

indivisible de los derechos humanos universales. Esto constituyó a un avance hacia la revisión de todos los documentos legales desde la perspectiva de género.

De acuerdo con Chiarotti, “en Viena se produce un cambio trascendental en la teoría de los derechos humanos, cuando, por iniciativa de las mujeres, se acepta que los mismos pueden disfrutarse tanto en el ámbito público como en el privado y, por lo tanto, pueden violarse en ambos ámbitos” (2008: 2) y el Estado debe intervenir en una y otra situación.

En el año 1994, dentro del sistema interamericano, se elabora la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer¹²⁷, éste fue un avance importante al incorporar la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos. En el Plan de Acción de Beijín, se reconoce que “los derechos humanos podían ser violados tanto en el ámbito público como en el privado y el Estado era responsable no sólo por las acciones que hubiera realizado, como por las omisiones en la prevención, sanción y erradicación de la violencia de género” (Chiarotti, 2006: 19). Podemos considerar además, que la Convención de Belén do Pará constituye la antesala de la Ley Nacional 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada en nuestro país en 2009.

Igualmente la Convención Internacional Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial del Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos, ha realizado recomendaciones específicas de género. Durante el 56º Período de Sesiones (2000), elaboró la Recomendación general N° 25 relativa a las dimensiones de la discriminación racial relacionadas con el género.

En el campo de la salud, de acuerdo a las premisas vertidas por la Organización Mundial de la Salud, en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2007), manifiesta que habiendo considerado el proyecto de estrategia para integrar el análisis y las acciones de género; recordando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), las recomendaciones dimanantes de la Conferencia Beijing + 10 (2005) y sus informes, las conclusiones convenidas 1997/2 del Consejo Económico y Social, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas 2000, el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 y la resolución WHA58.30, sobre la aceleración de la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, toma nota con reconocimiento de la estrategia para integrar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS e insta a los Estados Miembros a que:

- (1) incluyan el análisis y la planificación de las cuestiones de género en las actividades conjuntas de planificación estratégica y operativa y en la planificación presupuestaria, según proceda, incluidas las estrategias de cooperación en los países;
- (2) formulen estrategias nacionales para abordar las cuestiones de género en las políticas, programas e investigaciones sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y reproductiva;

¹²⁷ Conocida como Convención de Bélem do Pará por el lugar geográfico donde se aprobó.

- (3) hagan hincapié en la capacitación y la sensibilización en materia de género, mujer y salud, y en la promoción de esta cuestión;
- (4) velen por que en todos los niveles de prestación de atención y de servicios de salud, incluidos los destinados a los/as adolescentes y los/as jóvenes, se incorpore una perspectiva equitativa en cuestiones de género;
- (5) recopilen y analicen datos desglosados por sexo, realicen investigaciones sobre los factores subyacentes a las disparidades entre los géneros y tengan presentes los resultados al elaborar políticas y programas;
- (6) avancen hacia la igualdad entre mujeres y hombres en el sector de la salud para garantizar que la contribución de mujeres, hombres, niñas y niños como prestadores de atención de salud sea tenida en cuenta en la planificación y las políticas sanitarias y en la capacitación del personal de atención de salud.

Por otro lado, en nuestro país, en ocasión del Foro de Investigación de Salud de Argentina respecto al eje de los “consumos problemáticos de drogas” (Camarotti et al, 2009), donde trabajamos, entre otros aspectos, sobre el estado de conocimiento, la agenda de prioridades para el abordaje e investigación y las respuestas socio-sanitarias en Argentina; los/as expertos/as en la temática resaltamos la existencia de vacíos en investigaciones en nuestro país que consideren la perspectiva de género en relación al consumo de drogas.

Asimismo, como pudimos discutir en el capítulo 8, al analizar históricamente (Parga y Altamirano, 2010) las características de los/as pacientes atendidos/as y notificados durante diez años (1997-2007) en la SPAA-SADA, se evidenció la menor accesibilidad inicial a tratamiento por parte de las mujeres, observándose que, del total de usuarios/as asistidos/as en los distintos servicios de este organismo, sólo el 11,3 % son mujeres en relación al 88,7 % de varones.

Como discutimos en el capítulo anterior, esta menor accesibilidad inicial y ampliada, puede ser explicada en términos generales por la presencia de distintas barreras de accesibilidad, que las clasificamos en tres grupos (Rossi et al., 2009; Parga, 2012): aquellas concernientes a elementos organizacionales/institucionales; las asociadas con componentes existentes en la relación equipo de salud-paciente y las relacionadas con componentes relativos a los/as mismos/as usuarios/as. Sin embargo, al hacer un análisis más profundo, pudimos visibilizar que, el hecho de que el servicio no realizara una lectura del proceso de salud/enfermedad/atención con perspectiva de género, ni pudiera visualizar los efectos que producen en las subjetividades los factores estructurales, se tradujo en claras inequidades en la atención y consecuentemente en la calidad de vida de las usuarias y los usuarios.

Por ello advertimos la necesidad de incorporar la perspectiva de género y de clase, tanto en el análisis de la temática, como en el diseño de la política sanitaria y en la atención brindada desde este organismo y otros, a fin de visibilizar las inequidades en salud basadas en estas categorías.

Considerando lo planteado hasta el momento, en este capítulo se presentan dos exámenes que realizamos y que se constituyen en complementarios en la medición de la integralidad y equidad de género en la atención de los/as usuarios/as de sustancias.

El primer trabajo, se trata de un relevamiento de carácter diagnóstico tendiente a identificar la sensibilidad de género presente en los equipos de profesionales, técnicos/as, operadores/as terapéuticos/as y personal administrativo de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones (CPA) y Centros de Internación de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones (Parga et. al, 2012).

El segundo enfoque retoma nuevamente el trabajo en el Hospital que venimos examinando, adaptando para este objetivo específico la “Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN)” (Tajer, 2012a).

12.2. Midiendo la sensibilidad de género en los servicios de la SADA

A partir del Programa de Investigación y Evaluación de la SADA, que coordiné en 2012, se realizó un relevamiento de carácter diagnóstico a fin de identificar la sensibilidad de género presente en los equipos de profesionales, técnicos/as, operadores/as terapéuticos/as y administrativos/as de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones (CPA) y Centros de Interacción, de acuerdo a la diversidad de usuarios/as que allí se asisten.

Para ello, se implementó una encuesta anónima, voluntaria y autoadministrada, a fin de indagar las representaciones sociales (Moscovici, 1984) que los/as integrantes de los equipos tenían respecto a cómo los condicionantes de salud, incluido el género, influyen de modo diferente en hombres, mujeres y población transexual en relación a la salud en general y en particular al consumo de sustancias.

El cuestionario también, buscó conocer las prácticas, opiniones y recomendaciones que los/as trabajadores/as de salud tuvieran en relación al diseño e implementación de políticas y acciones desde la perspectiva de género, así como obtener información sobre las necesidades formativas que tuvieran en la temática.

Considerando el trabajo territorial que se desarrolla desde este organismo (SADA), se seleccionaron algunos Centros Provinciales de Atención de Adicciones (CPA) de las siguientes regiones sanitarias bonaerenses: II, V, VI, VII, XI, XII y los Centros de Internación públicos dependientes de la Subsecretaría.

La muestra estuvo compuesta por 181 trabajadores/as de los equipos de salud de 22 Centros de atención, compuestos por CPA y Centros de Internación de las 6 (seis) regiones sanitarias bonaerenses seleccionadas.

El 9 % encuestado era personal administrativo, el 12 % responsables de centros y el 79 % restante profesionales u operadores/as terapéuticos/as.

A su vez, el 69 % de los/as encuestados/as eran mujeres y el 31 % varones. El promedio de edad fue de 40 años, con un desvío estándar de 10 años.

Un primer bloque de preguntas, se utilizó para conocer las representaciones sociales de los/as trabajadores/as de la SADA, sobre cómo los condicionantes de género influyen de modo diferente en hombres, mujeres y población transexual en relación a la salud y al consumo problemático de sustancias. Para ello planteamos distintos enunciados, solicitando a los/as encuestados/as respondan si estaban de acuerdo o en desacuerdo con dicha afirmación/hipótesis o desconocían el tema.

A continuación presentamos las opiniones de los equipos sobre algunos de estos enunciados. En cada una se señala el porcentaje sobre el total de las opiniones, además, en cada caso se realizó una prueba de chi-cuadrado mediante la cual se analiza la existencia de asociaciones entre las opiniones de los/as equipos y las regiones sanitarias de pertenencia.

12.2.1. Modalidades de consumo en mujeres, varones y transexuales

Respecto de la afirmación “*cuando se trata de consumo de tabaco y alcohol existe la misma proporción de mujeres y varones jóvenes usuarios/as*”. El 44, 4% está de acuerdo con esta afirmación, mientras que el 49,4 % en desacuerdo.

Región	Acuerdo	Desacuerdo	No lo sé	Total general
II	22,2	66,7	11,1	100,0
V	28,6	71,4	0,0	100,0
VI	38,8	53,1	8,2	100,0
VII	35,7	57,1	7,1	100,0
XI	55,7	36,1	8,2	100,0
XII	48,5	51,5	0,0	100,0
Total	44,4	49,4	6,2	100,0

TABLA 3: representación que tienen los equipos de SADA sobre la afirmación de igualdad entre mujeres, varones y población transexual en el consumo de tabaco y alcohol.

En el cuestionario, lamentablemente no se profundizó sobre los sentidos otorgados por los/as encuestados/as al tipo de desacuerdo que se establecía con dicha afirmación. Ya que el haber indagado esta cuestión, nos hubiera permitido ponderar si el desacuerdo hacía referencia a que los varones o mujeres consumían mayor o menor proporción que el sexo opuesto, datos que nos hubieran dejado analizar cuál es la representación que los equipos tienen de los/as jóvenes respecto del consumo, y si perciben diferencias o no en su ingesta.

Si tenemos en cuenta los resultados de las encuestas dirigidas a jóvenes escolarizados/as de la Provincia de Buenos Aires, observaremos el esquema de consumo de alcohol que presentan mujeres y varones. A continuación nos detendremos sobre este tópico.

En 2009 realizamos (Parga, 2009a) una relectura de la base de datos de la Encuesta de Jóvenes escolarizados relevada por la SADA en 2008 e incorporamos la interpretación de los datos de acuerdo al sexo de los/as encuestados. La misma fue respondida en el segundo semestre de 2008, por 2183 estudiantes de la Provincia de Buenos Aires con edades entre 16 y 20 años.

Sobre la consulta referida a la frecuencia de ingesta alcohólica durante el último año anterior a la encuesta, se cruzaron la diferencia sexual, con distintos tipos de sustancias, a saber: cerveza, vino, bebidas fuertes y mezcla de alcohol con bebidas energizantes. Asimismo, se incluyó la preferencia o no a concurrir a locales bailables. Por razones de

espacio, sólo adjuntamos el gráfico de consumo de cerveza, ya que los tipos de agrupamientos se mantienen, aunque varíe la sustancia.

Como se observa en el gráfico 11, el consumo de bebidas con una frecuencia mensual o mayor, está asociado con la concurrencia a “boliches”. La prevalencia de consumo *mensual* se da en el 65 % de las mujeres y en el 75 % de los varones; mientras que una ingesta de *frecuencia semanal*, corresponde a la mitad de las mujeres y a 6 de cada 10 varones. Siendo la noche, el horario preferido para estos consumos por ambos sexos.

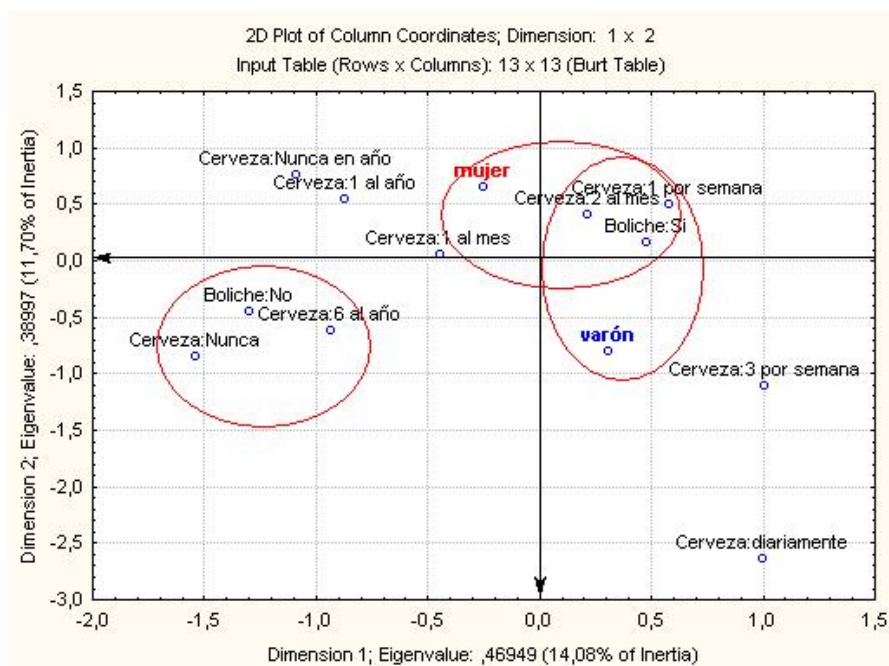


Gráfico 11: análisis multivariado relacionando frecuencia de consumo, sexo y concurrencia a lugares bailables. Elaboración propia sobre datos de la SADA.

De lo expuesto se desprende que existe una leve diferencia en el consumo de bebidas alcohólicas, superando apenas en un 10% los varones por sobre las mujeres. Esto da cuenta de los cambios en el patrón de consumo de sustancias legales que se viene dando en las últimas décadas, donde se observa un acercamiento de los ratio hombre: mujer. Sin embargo, en la encuesta implementada en 2012 sobre la sensibilidad de género entre los/as trabajadores de la SADA, más de la mitad de ellos/as no identifica o desconoce esta modalidad de consumo que se viene dando en los últimos años.

La siguiente afirmación que se ponía en consideración era: “no existen diferencias entre hombres, mujeres y población transexual en cuanto a la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas”, el 49,4 % de los/as encuestados/as acordaron con este enunciado.

Región	Acuerdo	Desacuerdo	No lo sé	Total general
II	44,4	33,3	22,2	100,0
V	35,7	57,1	7,1	100,0
VI	30,6	51,0	18,4	100,0
VII	57,1	42,9	0,0	100,0
XI	68,9	18,0	13,1	100,0
XII	45,5	24,2	30,3	100,0
Total	49,4	33,9	16,7	100,0

TABLA 40: representación que tienen los equipos de SADA sobre la afirmación de igualdad entre mujeres, varones y población transexual en el consumo de sustancias psicoactivas.

El personal de la región sanitaria XI es el que en mayor medida (68,9 %) considera que existe igual prevalencia de consumo entre los tres grupos propuestos.

Según los Estudios Nacionales sobre consumo de sustancias realizados por el Observatorio Argentino de Drogas (1999, 2004, 2006, 2008 y 2010) “el consumo de sustancias ilegales es mayor en los varones”. Lamentablemente, no se explicita en qué proporción es mayor el consumo masculino, ya que estos estudios no han publicado los resultados de forma tal que se pueda constatar la prevalencia de acuerdo al sexo de los/as usuarios/as. Sin embargo, este tipo de información no es tenida en cuenta por los equipos de la SADA.

Uno de los motivos que nos impulsa a indagar estos tópicos, es que partimos de la hipótesis en la cual entendemos que si los/as profesionales reconocen las diferencias referidas a la prevalencia y los ámbitos de consumo para mujeres, varones y población transexual, al igual que las barreras de accesibilidad existentes por razones de género, entonces brindarán un servicio adecuado a las características de las y los usuarias/os, mientras que si no son sensibles a la diversidad entonces incurrirán en acciones que perpetúen las desigualdades e inequidades en la atención.

12.2.2. Percepción sobre la accesibilidad diferencial por género

Otro de los enunciados afirmaba que *el acceso a tratamiento por consumo de sustancias es igual para los hombres, mujeres y población transexual*.

Región	Acuerdo	Desacuerdo	No lo sé	Total general
II	22,2	66,7	11,1	100,0
V	42,9	35,7	21,4	100,0
VI	61,2	38,8	0,0	100,0
VII	14,3	85,7	0,0	100,0
XI	70,5	23,0	6,6	100,0
XII	42,4	39,4	18,2	100,0
Total	53,9	38,3	7,8	100,0

TABLA 5: representación que tienen los equipos de SADA sobre la afirmación de igualdad en el acceso a tratamiento por consumo de sustancias en mujeres, varones y población transexual.

En este caso el 53,9 % acordaba con que las mujeres, varones y población transexual acceden igualmente a tratamiento. Sin embargo, como vimos anteriormente, y de acuerdo con diversos estudios (Maffia, 2010; Parga y Altamirano, 2011; Parga 2012), existen barreras de accesibilidad a tratamiento que se diferencian de acuerdo al género de los/as usuarios/as.

Como podemos observar en el cuadro, los equipos de las regiones VI (61, 2%) y la XI (70,5%) son los que mayormente desconocen como problema de salud el acceso diferencial que tienen las mujeres y transexuales para ser atendidas/os por consumo de sustancias. Al respecto, existe una idea generalizada esgrimida por los equipos que refiere a que: como se trata de un servicio de un organismo público, en el cual no se establece restricción explícita alguna para atender a los/as usuarios/as, ya sea por género u otra adscripción identitaria, entonces deberían concurrir en la misma proporción unos y otras. Sin embargo, como pudimos ver en el capítulo anterior, no sólo que existen barreras de accesibilidad institucionales que en diversos casos se les presentan como infranqueables a los/as usuarios/as, sino también barreras sociales y culturales, ligadas al estigma y discriminación que reciben tanto las mujeres usuarias, por su condición de consumidoras de sustancias que se “alejarían de sus roles tradicionales de género”, como también para el caso de las/os transexuales. Para esta población, nos sirve de referencia un estudio realizado por Nuñez y otros (2010), donde se describe que, por su condición de género, las personas transexuales son discriminadas/os socialmente, se las/os responsabiliza de su estado de salud e inclusive reciben malos tratos desde el sistema de salud en general.

12.2.3. ¿Intervenciones que contemplen la diversidad?

Otra cuestión que se indagó fue sobre la percepción que tenían los/as trabajadores/as de los centros de la SADA respecto a *la existencia de diferencias en el proceso de salud-enfermedad-atención presente en hombres, mujeres y población transgénero que impliquen la necesidad de diferentes intervenciones sociosanitarias*. Del total de encuestados/as 23,3 % respondió afirmativamente; 40,6 % negativamente y 35 % no había reparado en esta cuestión.

Cabe recordar que como discutimos en los capítulos anteriores, existen diferencias no sólo en el inicio de consumo, motivaciones, trayectoria de consumo, sino también en las experiencias de padecimiento, los costos familiares y sociales que se les presenta a unos y otras, al igual que son claramente diversos los modos de transitar los tratamientos. Es importante aclarar en este punto, que las conclusiones a las arribamos en el estudio de caso antes descrito en los capítulos 10 y 11, no pretenden desconocer que al interior de los géneros se encuentran particularidades relativas a las subjetividades y singularidades de cada persona, pero este hecho no invalida que como política pública, como servicio estatal, se deba incorporar en el diagnóstico, y consecuentemente en el abordaje impartido desde los centros asistenciales, una lectura sobre las necesidades diferenciales relativas al género, junto a otros factores de desigualación como la edad, la clase, la etnia, etc., a fin de evaluar cómo operan estas dimensiones en la salud y la vida de las

personas, e incorporar de tal modo una perspectiva de derechos en los tratamientos. En el ámbito del hospital público, la escucha analítica debe estar a disposición de las nuevas de situaciones de sufrimiento, padecimiento, desamparo que atraviesan sectores sociales de extrema pobreza y vulnerabilización social, experiencias y condiciones de vida que están muy alejadas de las de los analizantes del ámbito privado, al igual que las de los/as analistas. Por ello urge una revisión y reformulación de herramientas analíticas acordes a las nuevas presentaciones clínicas, esto se constituye en una “urgencia clínica, pero también epistémico-filosófica, social, política, ética” (Fernández, 2013: 85).

Como nos plantea Ana María Fernández (2013: 87; 2014) “¿cuál es la importancia de señalar las diferencias que para muchos pueden resultar obvias y sobre todo no significativas a la hora de implementar los dispositivos de trabajo?, desde ya puede decirse que, insignificar estas y otras diferencias suele invisibilizar sus efectos en el trabajo clínico mientras que distinguirlas, en principio, nos habilita a abrir interrogación a varias de sus dimensiones. En especial, en la indagación de nuestra implicación”.

En un sentido similar Débora Tajer (2012b: 100) postula que “los nuevos abordajes deben dar cuenta de los actuales modos de sufrimiento de los y las sujetos/as que ya no viven todos/as y ni aspiran a hacerlo en familias nucleares, patriarcales y heteronormativas”. Pero lamentablemente, como podemos ver principalmente en los servicios públicos, en términos generales, los equipos “se enfrentan a estos desafíos, pero desde maneras de pensar y herramientas que consideran a los modos patriarcales (y modernos) como únicos modos de organización del psiquismo” (Ídem). Y continúa la autora, “es ahí donde radica uno de los mayores problemas clínicos en la actualidad: se está a favor de la diversidad pero con el dogma paterno colándose como modelo de normalidad por todos lados y fundamentalmente en los momentos fundantes del psiquismo: la crianza de niños y niñas” (Tajer, 2012b: 100).

Si ahondamos en este tópico “nos daremos cuenta que como punto de partida las herramientas y teorías de la clínica analítica están en muchos aspectos fraguadas fundamentalmente para trabajar con los malestares y patologías de los y las sujetos/as conformados/as en el patriarcado y la heteronormatividad. Y que aún sin quererlo, muchas veces estamos actuando como “Lecho de Procusto”: adaptando a los/as sujetos/as al dispositivo, más que creando nuevas herramientas” (Tajer, 2012b: 101).

Ahora bien, volviendo a los resultados de nuestra encuesta del 23,3 % que sí considera necesario un tratamiento que contemple la diversidad, se pueden destacar algunos argumentos que dan cuenta de una sensibilidad de género:

- Aquellos/as que consideran la existencia de diferencias de género, afirmando cuestiones como: *“las mujeres sufren diferentes cuestiones en relación a los hombres, como la violencia de género y el hacerse cargo de los miembros de la familia”*;
- Aquellos/as que proponen intervenciones acordes con necesidades diferenciales de género del tipo: *“intervenciones de salud integrales, tendientes a incluir la diferencia”*; *“somos todos iguales pero diferentes para la atención y tratamientos”*; *“las mujeres y los trans no aceptan fácilmente incluirse en tratamientos de cualquier tipo”*

- Otros/as que advierten las barreras de accesibilidad existente para la internación de mujeres: *“Hay menor cantidad de centros (de internación y media internación) para mujeres y trans que para hombres. Casi ningún centro (de internación y media internación) para mujeres embarazadas o con hijos pequeños.*

Con respecto al 40,6 % que no considera necesaria ni la evaluación de las inequidades en salud de acuerdo al género, ni las intervenciones diferenciales en función de una distinta distribución de los riesgos y de las necesidades en salud, se esgrimen diversos argumentos:

- Aquellos que posicionados desde una *ilusión de simetría* (Irigaray, 1974; Fernández, 1993; 2009) anclados desde los soportes lógicos que proporciona la *Episteme de lo Mismo* (Fernández, 2009) plantean: *“son todos individuos, con los mismos o similares problemas”*; *“no hay diferencias”*; *“desde la prestación asistencial que se brinda no he notado diferencias respecto a la problemática del género”*; *“pensar diferentes intervenciones entre hombres, mujeres y población trans, sería parcializar la accesibilidad a los servicios y dejar de pensar al ser humano como un ser integral”*
- Aquellos que no consideran al género como una de las variables necesarias en el diagnóstico y posterior tratamiento: *“tenemos en cuenta la integralidad de las personas, observando y trabajando con sus necesidades y no de género”*; *“la necesidad de diferentes intervenciones está referida al caso por caso y no por el género”*.
- Aquellos que sostienen que el abordaje debe ser “igual” para todos/as: *“no noto diferencias en la atención en relación al género del consultante”*; *“la población es independiente a las formas de abordaje que es igual para todos”*; *“se trata a todos por igual”*;
- Aquellos que como en el siguiente argumento, aun observando diferencias de salud plantean iguales abordajes: *“se observan diferencias en la salud, pero no difiere la intervención”*.
- Y por último, si bien en el siguiente caso parecería plantearse una sutil diferencia respecto de las primeras argumentaciones, en el sentido de considerar que las intervenciones deben adecuarse a la especificidad del/la sujeto/a: *“siempre son necesarias intervenciones diferentes pensando la singularidad del caso por caso”*, debemos advertir que, dado que esta manifestación se esgrime como justificativo de, por qué no se considera imprescindible evaluar necesidades diferenciales de género en el proceso de salud-enfermedad que promuevan intervenciones acordes a los requerimientos de cada sujeto/a según su identidad de género, podemos preguntarnos entonces, ¿qué tipo de evaluación casuística se realiza en los servicios de atención por uso de drogas que deja por fuera las necesidades de género?, ¿qué tipos de resistencias están operando en los equipos, que se tiende a negar la influencia del patriarcado en la vida de los/as sujetos/as?, ¿de qué modo este tipo de argumentos tienden a ocultar, invisibilizar, tanto para los/as analistas como para los dispositivos sanitarios, la influencia que tienen no sólo los determinantes de género, sino también

otras relaciones de poder como los de clase, etnia, raza en los procesos de salud-enfermedad, generando inequidades en la calidad de la atención?

Tal como plantea Ana María Fernández, “no tener en cuenta este nivel de análisis significa formar parte, inadvertida pero eficazmente, de las desmentidas colectivas de las desigualaciones sociales o diferencias desigualadas (Fernández, 2009). No se trata de cuestiones ocultas, sino tan allí que no pueden verse, por eso operan en latencia (Fernández, 1989), formando parte de los imaginarios sociales que indefectiblemente portamos. No es este un tema menor, ya que cuando las diferencias desigualadas operan en un/una analista en desmentida se forma parte –se participa– de las estrategias biopolíticas de dominio. Insensiblemente, el espacio de análisis se inscribe en el discurso del amo y se desliza del escenario de la cura al espacio del control social” (Fernández, 2013: 94). No poder poner relato específico a las especificidades de género, edad, clase, “implica que lo que no tiene palabras, no es. De allí, el riesgo de iatrogenia. De allí, la importancia de abrir interrogación a estas cuestiones” (Ídem, 89).

Por todo lo descripto hasta el momento, es preocupante que el 89 % de los/as encuestados/as manifiesten que en su área de trabajo no se ha implementado ninguna iniciativa con perspectiva de género.

12.2.4. Determinantes sociales de la salud en el marco de la perspectiva de derechos

Como lo hemos señalado al comienzo del capítulo, no es posible soslayar que para el ejercicio pleno del derecho a la salud es requisito indiscutible la garantía de otros derechos. Tal es así, que en 1993 mediante la Declaración y Programa de Acción de Viena, se reforzó la igualdad en importancia de todos los derechos humanos mediante el establecimiento de los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia entre ellos. Es decir, que no sólo los derechos civiles y políticos serán considerados, sino que los derechos económicos, sociales y culturales tendrán el mismo valor y se reforzarán mutuamente. Otro aspecto importante de la misma Declaración fue que se reconocieron los derechos de la mujer de manera indiscutible.

Una de las obligaciones que adquieren los Estados en materia de derechos sociales es la de garantizar contenidos básicos de los mismos. Los Estados firmantes se comprometieron a cumplir con el nivel esencial de cada uno de los derechos reconocidos y no restringirlos, cualquiera sea la situación por la cual se esté atravesando. No pueden excusarse en la falta de recursos. Además, los acuerdos internacionales sólo aparecen como un piso a partir del cual se va desarrollando el más alto nivel de satisfacción de los mismos. Asimismo, están vigentes dos principios centrales que conforman el estado de derechos: la **realización progresiva y gradual** de los derechos a través del tiempo; y la **prohibición de regresividad** (o prohibición de retroceso), esto significa que cuando se modifica o sustituye una norma anterior por una posterior, ésta última no puede limitar o restringir derechos o beneficios concedidos previamente (Courtis, 2006).

Por lo tanto los aportes del enfoque de derechos, los derechos sociales y entre ellos el derecho a la salud pueden resumirse de la siguiente manera:

1. *Derechos universales*, siendo el Estado quien debe garantizar el más alto estándar posible de salud física y mental.
2. *Visión intersectorial de las políticas de salud*, basadas en la integralidad, la interdependencia y la indivisibilidad de los derechos humanos.
3. *Visión integral de la salud*, siendo capaz de relacionar los determinantes sociales, políticos y económicos que interfieren en el funcionamiento de la salud.
4. *Mayor bienestar posible implicando el máximo de recursos disponibles*, otorgando a la ciudadanía herramientas para exigir que se atienda progresivamente su derecho a la salud.
5. *Relaciones democráticas*. En este sentido, “es vasta la cantidad de estudios que denuncian relaciones asimétricas que el sistema de salud ejerce sobre la población asistida, mediante un trato autoritario, asimétrico y paternalista” (Ase y Burijovich, 2009: 32). Por lo tanto este principio considera que garantizando la “admisión voluntaria, la privacidad, el derecho a recibir atención en la comunidad, a autorizar a cualquier tratamiento sobre la base de información previa y a recurrir a un tribunal independiente e imparcial que determine los resarcimientos a los eventuales daños producidos por los sistemas de salud podría producir cambios en las relaciones entre usuarios/as y trabajadores/as de salud” (Ídem: 32).

Siguiendo estos preceptos, en 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) deciden iniciar un proceso de debate y reconceptualización que, partiendo del reconocimiento de los cambios sufridos por nuestras sociedades y Estados en las últimas tres décadas, apuestan a renovar el compromiso con los principios originales de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), culminando en la elaboración de un documento institucional en el que se invita al trabajo en el marco de una APS renovada (OPS, 2005).

La OPS insiste en la estrategia de APS desde una perspectiva integral, que atraviesa a la totalidad del sistema sanitario y que se constituye de manera más adecuada a garantizar el derecho a la salud de forma universal e igualitaria.

En dicho documento, un sistema de salud basado en la APS, está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad¹²⁸. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del/a usuario/a con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

Según la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

¹²⁸ Recordemos que la equidad en nuestro estudio es entendida como la promoción de la igualdad con el reconocimiento de las diferencias.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas.

En función de estos determinantes, se indagó en qué proporción los equipos de salud de la SADA tenían en cuenta en su práctica laboral/profesional determinadas variables que inciden en la salud de los/as usuarios/as de sustancias. A continuación presentamos un gráfico donde se muestra que las categorías analíticas clásicas como edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y lugar de residencia son las que mayormente los equipos encuestados manifiestan tener en cuenta en la atención del consumo problemático de sustancias; sin embargo, como hemos venido analizando hasta aquí, la categoría de género es tenida en cuenta sólo por el 40 % de los/as encuestados/as. Por otro lado, las variables que menos son consideradas son las de “raza” en el sentido social del término (56,9 %) y origen étnico (48,6 %), ver gráfico 7. Esto último llama la atención ya que, según los datos del último censo de población (INDEC 2010), cerca de un millón de personas en la provincia de Buenos Aires son extranjeras, esto representa el 6 % del total de habitantes bonaerenses, de los cuales el 52% provienen de países limítrofes y Perú. Por otro lado, el 28 % del total provincial es migrante interno, es decir que nació en otra provincia distinta a Buenos Aires.

Además, el 2,53 % de los hogares de la provincia tiene una o más personas originarias o descendientes de algún pueblo originario, esto representa el 1,9 % del total de la población. Por último, el 0,37 % de la población bonaerense es afrodescendiente.

Como hemos desarrollado en otro trabajo (Parga et al, 2014), si bien esta invisibilización es una estrategia generalizada para toda Latinoamérica desde los sectores dominantes, acompañada y reafirmada por los medios de comunicación que ponen la mirada en los países del primer mundo, es Argentina, uno de los países de Latinoamérica que más niega la diversidad, hecho que se remonta a la época de la colonia con el exterminio de poblaciones originarias, no blancas: país que sustenta una aparente blancura, en su autoproclama de país que se fundó y consolidó con los que “llegaron en barco desde Europa”. Donde el orden racial actúa como esquema no sólo de segregación territorial, sino como clave de desigualación socio-política y económica. De este modo, podemos observar que a los grupos a los que históricamente se les ha negado el ejercicio de una ciudadanía plena en términos económicos, constatamos que primeramente se les ha expropiado su historia, su territorio, su cultura operando un “desplazamiento de los factores de raza o color hacia los de clase” (Frigerio, 2006: 6).

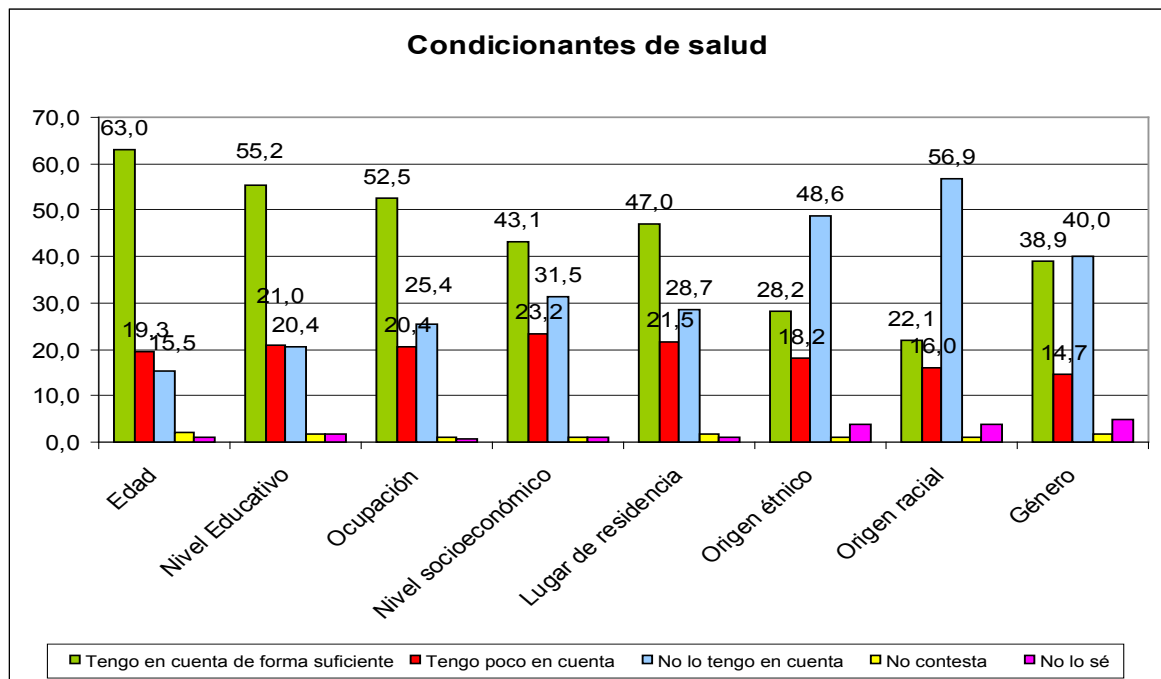


GRAFICO 12: condicionantes de salud. Elaboración propia sobre encuesta a equipos de la SADA 2012.

Una hipótesis al respecto es que la invisibilización del fenómeno está históricamente internalizado y arraigado, sustentado por el Estado educador y la Iglesia, por ello es que la reproducción de una supuesta nación “blanqueada” se refleja luego en la intervención en salud, tendiendo a ocultar la diversidad y la multidimensionalidad de adscripciones identitarias, propagando de este modo la negación de “los otros” (Parga et al, 2014).

Como afirma la socióloga Marcela Cerrutti (2010), en su investigación sobre la salud de migrantes de países limítrofes, esta estrategia de atención estandarizada como una práctica médica “neutral”, muchas veces no logra satisfacer las demandas de comunidades específicas. Cuando los/as usuarios/as extranjeros/as tienen dificultades para adaptarse a los modos y prácticas de atención que rigen para el conjunto de la población, las barreras pueden erigirse de hecho con consecuencias negativas tanto para la salud individual de los/as inmigrantes como para la salud pública.

Resulta pertinente señalar que la variable que más tienen en cuenta los/as encuestados/as, es la etaria con el 63 %. Sin embargo, como pudimos distinguir en las entrevistas cualitativas realizadas en nuestra tesis, esta mayor preocupación de los equipos se encuentra posicionada desde un lugar biopolítico de control social hacia la juventud.

12.2.5. “¡Queremos capacitarnos!”

Por último, a partir de esta encuesta se indagó sobre la formación que los equipos tienen sobre la relación género y salud. El 83% nunca participó de alguna actividad de sensibilización y formación en esta perspectiva.

El 32 % considera muy importante que se lleven a cabo actividades de formación con perspectiva de género en salud y específicamente en el abordaje del consumo

problemático de sustancias, el 39 % afirma su importancia, mientras que el 14 % lo considera poco importante y el 9 % nada importante.

Mayoritariamente, el 80% manifestó su interés en participar de actividades de formación en la temática para introducirla en su práctica profesional.

De lo analizado hasta el momento, es evidente la contradicción entre lo que se dice y lo que se hace, es decir, queremos señalar cómo a lo largo de la encuesta, en más de la mitad de los/as entrevistados/as, se negó rotundamente y rechazó la utilidad de la perspectiva de género, sin embargo, al hacerles la pregunta concreta de la posibilidad de capacitación, la mayoría declara interés al respecto.

Resumiendo, podemos decir que al invisibilizarse las consecuencias que tiene el género en la salud de las y los usuarios/as, son escasas las intervenciones que los equipos realizan teniendo en cuenta las variables de género en la atención de salud. Esto trae aparejado inequidades en la manera en que se dispensa la atención, que pueden deberse a la implementación de estrategias iguales para ambos sexos, cuando en realidad las necesidades de género de los/as usuarios/as no son iguales; o la entrega de atención diferente cuando las necesidades no son diferentes o simplemente en un trato que refuerce los estereotipos de género (Pittman y Hartigan, 1996; Pittman, 1996; Tajer, 2004).

En este sentido, el género es uno de los elementos indispensables a tomar en consideración al hacer un proceso de lectura de lo social. Por eso, para integrar una mirada sensible al género se requiere más que sólo fijarse en las mujeres, prestar atención también sobre los hombres y otras diversidades genéricas, al mismo tiempo que se deben incorporar otros conceptos/indicadores, como: clase, raza en el sentido social del término, edad, condición étnica, etc., distinguiendo las relaciones de poder que están insertas en las prácticas y situaciones de la vida cotidiana de las personas.

Como pudimos apreciar, es manifiesta la escasa formación académica en materia de género que los equipos tienen, sin embargo, a partir de la implementación de la encuesta, se sintieron motivados/as a recibir actividades de sensibilización y capacitaciones que permitieran ampliar la mirada y mejorar los dispositivos preventivo asistenciales atendiendo esta y otras variables analíticas que influyen en la calidad de atención.

Por lo tanto recomendamos sensibilizar y capacitar a los equipos interdisciplinarios con competencias específicas adecuadas para trabajar nuevos abordajes para una atención en el marco de los derechos y con perspectiva de género.

Recuperar la experiencia de aquellos/as equipos que han incursionado en la incorporación de esta mirada a fin de aprender de las buenas prácticas para mejorar los dispositivos de atención de la SADA.

Sensibilizar a los/as decisores/as políticos/as, ONGs, redes y organizaciones comunitarias sobre cómo el género afecta las políticas y cómo estas políticas afectan las vidas de las personas.

Ampliar los estudios de género en salud y en el uso problemático de sustancias desde metodologías cuali-cuantitativas.

12.3. Una propuesta de medición de integralidad y equidad en la atención por uso de drogas

Luego del análisis precedente, volvemos a centrarnos en nuestro caso de estudio en el Hospital especializado en la atención por uso problemático de drogas, a fin de caracterizar los sentidos que el equipo terapéutico, le otorga a la incorporación de criterios de integralidad y equidad en salud alcanzados en las prácticas concretas.

Para evaluar los grados de integralidad y equidad de género, teniendo en cuenta las modalidades específicas del proceso de salud-enfermedad-atención por uso de drogas, como indicamos anteriormente, realizamos una adaptación de los instrumentos de indagación de la “Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN)” que la Dra. Débora Tajer y equipo, crea en el marco de la investigación “Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud” Programación UBACyT 06/09.

La misma tiene como antecedentes los principios expresados en la Plataforma de Beijing de 1995, a la cual adhiere nuestro país y donde se incluyen los principios de participación, humanización, integralidad, prevención, confidencialidad y privacidad, entre otros (Tajer et al., 2012a).

Uno de los primeros ejemplos en América Latina de implementación de un Plan Integral de Salud para la Mujer fue desarrollado en Brasil en 1983, donde el Ministerio de Salud de ese país crea el Programa de Asistencia Integral de Salud de la Mujer (PASIM), “en el cual prevalece el análisis de la complejidad de las cuestiones de salud de las mujeres orientado a la integralidad de la política y resaltando la autonomía de éstas en cuestiones reproductivas” (Costa, 2009: 13). Veinte años después de su implementación, una de sus responsables, la Dra. Ana María Costa, elabora un instrumento de medición (2004) para evidenciar si el PASIM había impactado positivamente en términos de integralidad y equidad de género. Este mismo instrumento fue tomado de base para que el equipo de Débora Tajer construyera la escala que sería utilizada en la evaluación de las prácticas de salud hacia las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires (Tajer et al., 2012a, 2012c), con el objetivo de medir las prácticas de promoción, prevención y atención en salud.

En la presente tesis utilizamos esta misma escala, pero mediando una adaptación pertinente a la evaluación del proceso de salud-enfermedad-atención por uso problemático de sustancias abordado en nuestro estudio.

Tuvimos en cuenta en el análisis cuatro ejes de indagación: *integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad*.

La *integralidad*: es entendida como el grado de inclusión en el modelo de atención de la relación entre calidad de vida y la situación de salud de los/as usuarios/as, considerando la identificación de la relación entre ciclo de vida y necesidad de salud, incluyendo un enfoque preventivo de las necesidades de las etapas posteriores del ciclo vital (Tajer, 2012). Examinamos si esta forma de abordaje es contemplada en la formulación de los programas de atención implementados. Otro aspecto que tuvimos en cuenta en la evaluación, es si el servicio incorpora una mirada multidimensional de la situación de salud de los/as usuarios/as, más allá del problema por el cual consultan.

La noción de ciudadanía, constituye una categoría analítica que permite interrogar sobre los modos en que los colectivos y actores sociales, participan, de una determinada política pública, en ese acto de intervención se construye ciudadanía. En tal sentido, esta categoría implica una “práctica conflictiva vinculada al poder, que refleja las luchas acerca de quiénes podrán decir qué en el proceso de definir cuáles son los problemas sociales comunes y cómo serán abordados” (Van Gunsteren, 1978, citado por Jelín, 1997: 3).

Esta categoría se midió teniendo en cuenta el grado de inclusión, tanto en las concepciones, como en las prácticas, de la consideración de la atención de la salud desde una perspectiva de derechos ciudadanos, tal como lo establece el marco legal (Tajer, 2012). Para evaluarlo, se exploraron varios aspectos, entre ellos: la razón de la atención sin mediar pago directo de bolsillo, las responsabilidades y derechos de los/as profesionales que trabajan en el Hospital, las responsabilidades y derechos de los/as usuarios/as y en qué medida están al tanto de las distintas leyes (salud, salud mental, derechos humanos) que rigen su práctica.

Para la noción de *autonomía* tuvimos en cuenta, el grado de promoción en las prácticas de salud; que los/as usuarios/as puedan tener a su alcance la información necesaria sobre sus problemas en salud y las opciones preventivas y de tratamiento. Indagamos si en las prácticas se incluye una concepción de autovalimiento como uno de los ejes a incluir en cualquier toma de decisión con respecto a los tratamientos. Del mismo modo, se exploró el nivel de promoción de la participación en las actividades del servicio y si estos generan impacto en la promoción de otras iniciativas propias en los proyectos de vida de los/as usuarios/as (Tajer, 2012).

Por último, en nuestro caso de estudio la *equidad* en salud se evaluó haciendo foco en la equidad de género en el acceso, permanencia y seguimiento/cierre del tratamiento, visualizando los obstáculos que generan un acceso desigual e injusto entre varones y mujeres a los servicios ofrecidos (Tajer, 2012). Para ello exploramos no sólo los aspectos cuantitativos de accesibilidad de mujeres y varones, sino también las razones de esa participación o ausencia tratando que se explicita el tipo de población para la cual se pensó el programa. Además, se tuvieron en cuenta aspectos como horarios de funcionamiento, modalidades de ingreso, y si se considera que esto influye en que vengan más varones que mujeres.

Cada uno de estos criterios fue ajustado en distintos grados, definiendo cuatro valores: integral, semiintegral, transicional y asistencial. Las características principales de cada valor son:

Integral: es un modelo que incluye en su concepción un abordaje holístico y articulado del proceso salud-enfermedad-atención, que se traduce en las prácticas. Estas incorporan un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud que incluye la perspectiva de género, la noción de autonomía, equidad, ciudadanía y las necesidades en salud según el ciclo de vida.

Semiintegral: presenta, en general, los principios del integral, logrando sólo en algunos aspectos realizar prácticas que los incluyan.

Transicional: a nivel de las representaciones incluye los principios de integralidad y equidad de género, pero las prácticas se ubican más cerca de un modelo asistencial

centrado en lo biomédico.

Asistencial: refiere a un modelo cuyas concepciones y prácticas se corresponden con un modelo biomédico y paternalista, tomando a las mujeres en su rol tradicional en la sociedad. Está basado fundamentalmente en la atención de la enfermedad y su abordaje preventivo se centra en la identificación precoz de los factores de riesgo y/o su tratamiento farmacológico.

12.3.1. La perspectiva del equipo profesional

Según pudimos observar durante el trabajo de campo, el equipo de salud del hospital de referencia, si bien se autodefine como interdisciplinario, su modalidad de abordaje responde más a una intervención multidisciplinaria, es decir, que el tratamiento impartido se encara fundamentalmente de manera unidisciplinaria, con una marcada hegemonía desde el campo de la psicología y la psiquiatría. En tal sentido se observa el siguiente patrón asistencial: si durante el transcurso de un tratamiento, al/la profesional tratante (generalmente psicólogo/a) se le presenta alguna situación puntual para abordar, que considera puede estar fuera de su rol disciplinario, (como por ejemplo, si se identifica que un/a usuario/a necesita un “pase de colectivo”, o “gestionar alguna pensión” o “detectan situaciones de violencia familiar”) se le da intervención a los/as trabajadores/as sociales, pautando y circunscribiendo el rol de estos/as a una acción meramente asistencial. O en aquellos casos donde se identifican desórdenes en el uso del tiempo, o problemas laborales, se convoca a la Terapeuta Ocupacional, con iguales pautas.

Si bien, este tipo de intervenciones se corresponden con parte de las incumbencias profesionales de las dos disciplinas mencionadas, lo que observamos, más bien se trata de una subestimación de los alcances de la formación profesional de estas “otras disciplinas”, que de algún modo son consideradas subordinadas dentro del proceso de tratamiento. Al respecto una de las trabajadoras sociales del equipo manifiesta lo siguiente:

“es que, institucionalmente este hospital no tiene mucha historia de por ahí lo que es la nueva línea de trabajo social, siempre el trabajador social ha estado (...) vinculado con alguna visita o hacer algún diagnóstico especial de cada paciente o en situaciones extremas conflictivas o de mucha pobreza ahí era donde se intervenía, yo tengo otra posición de trabajadora social, (...) como una nueva corriente en relación a la incorporación al trabajador social en espacios terapéuticos” (Entrevista Trabajadora Social).

Como afirma la especialista en psicología educacional Nora Elichiry, el hecho de que cada disciplina se dedique a su campo sin que exista relación entre las mismas y sin que se produzca ningún tipo de transformación en las disciplinas implicadas durante el proceso, caracteriza un **enfoque multidisciplinario**. Esto supone una visión atomizada de la realidad, marcada por el aislamiento con respecto a la demanda social.

Por el contrario, el **enfoque interdisciplinario** parte de los problemas considerándolos en su complejidad, y es a partir de la convergencia en dichos problemas que es posible la colaboración interdisciplinaria. Este enfoque toma como punto de partida los

problemas y la demanda social en vez de partir de las disciplinas implicadas (Elichiry, 1987).

Para esta autora habría una serie de prerequisites complementarios para que la interdisciplina pueda constituirse como tal:

1. **Trabajo en equipo:** formación de actitudes cooperativas en el grupo.
2. **Intencionalidad:** que la relación entre las disciplinas sea provocada. El encuentro fortuito entre disciplinas no es interdisciplina.
3. **Flexibilidad:** que exista apertura en cuanto a búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas, etc. Sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo.
4. **Cooperación recurrente:** que haya continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr cohesión del equipo. Una cooperación ocasional no es interdisciplina.
5. **Reciprocidad:** está dada por la interacción entre las disciplinas. La reciprocidad lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados, etc. (Elichiry, 1987: 5).

En la misma línea Alicia Stolkiner (1999), afirma que la coordinación de un equipo interdisciplinario es una función decisiva, debe poder situarse como facilitadora y generadora de los dispositivos necesarios para la producción del marco común entre disciplinas. Generar los espacios para el intercambio de discursos.

Un elemento que pudimos observar durante el trabajo de campo y que podría aportar hacia la construcción de un encuadre interdisciplinario, pero que debería ser profundizado con otras instancias de cooperación y reciprocidad, es que desde la coordinación del Servicio se propuso que las “entrevistas de ingreso a tratamiento”, o “primeras entrevistas”, fueran realizadas por una dupla de profesionales, conformada en algunos casos por disciplinas diferentes. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esta modalidad de abordaje no es continuada luego por la dupla interdisciplinaria, para la cual se requeriría un acuerdo de criterios de diagnóstico, derivación y/o seguimiento de los casos, sino que sólo quedaba circunscripta a ese momento de entrevista inicial, de indagación del problema y posterior derivación al/la psicólogo/a que llevaría adelante el tratamiento.

Esta práctica asistencial atomizada, se corresponde con una concepción también reduccionista de la problemática que se aborda en el hospital. Donde, en vez de poder enriquecerse de los múltiples enfoques que requiere la complejidad y multidimensionalidad del uso problemático de sustancias, la atención queda reducida a la experticia o no del/la psicólogo/a que haya sido asignado/a al caso, con la posibilidad de mediar alguna interconsulta con otro/a profesional para cuestiones puntuales.

La pregunta sería, ¿cómo poder enriquecer la intervención incorporando la mirada del contexto social, de la calidad de vida, no considerando sólo el plano individual sino también el colectivo? Si bien desde la psicología, es posible la incorporación de esta perspectiva integral, ¿no sería esperable/preferible, que existiendo la posibilidad de complejizar el enfoque desde el trabajo interdisciplinario que busque una praxis alternativa, que se enriquezca de los aportes de las distintas miradas? Desde este punto de vista consideramos que, la ya clásica frase de Aristóteles “el todo es más que la suma

da las partes”, que más tarde fue retomada por representantes de la Teoría General de Sistemas como von Bertalanffy, viene a aportar la mirada de la complejidad sobre una realidad que se presenta cada vez más múltiple, diversa, plural y por lo tanto, no es suficiente que sea abordada unidisciplinariamente ni multidisciplinariamente, sino que requiere intervenciones como mínimo interdisciplinarias tendiendo a construir, conformar un equipo transdisciplinario.

Pero además, el grado de dificultad de las problemáticas sobre las que hay que intervenir, requieren de actuaciones intersectoriales, respuestas innovadoras, integradas, que una institución sola no puede dar, por lo cual se hace imprescindible incluir a otros actores. Asimismo, el tema de la interdisciplina remite al ámbito técnico profesional y la mayoría de las veces esta mirada invisibiliza a otros colectivos que pueden formar parte de la red de abordaje. En este sentido, Alicia Stolkiner¹²⁹ plantea que “los problemas son por definición indisciplinados por ello no alcanza con las disciplinas”. Como afirma Menéndez “en casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Dicho rol fue organizado e impulsado a través de instituciones médicas específicas, pero fue fundamentado no sólo por criterios profesionales sino por instancias jurídicas aplicadas por el Estado. Este proceso no implica que la biomedicina realmente atienda y se apropie de todo el proceso de salud/enfermedad, y menos aún que elimine las otras formas de atención, sino que indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos” (Menéndez, 2005: 10).

Un hecho que no debemos desconocer, en nuestro caso de estudio, es que la proporción disciplinaria está claramente sesgada hacia el campo psi y biomédico, siendo escasa proporcionalmente, la representación de las ciencias sociales en el equipo de trabajo. Esto se constata al momento de realizar la investigación, ya que el hospital contaba con 15 (quince) psicólogos/as incluido el Director, 3 (tres) psiquiatras, 1 (un) médico clínico, 2 (dos) trabajadoras sociales, 1 (una) terapeuta ocupacional, 3 (tres) operadores terapéuticos, por lo que sería imposible poder atender todos los casos en duplas interdisciplinarias. Pero consideramos que sería posible buscar estrategias de trabajo en equipo que contemple esta modalidad, por ejemplo donde se debatan algunos casos, se desarrollen ateneos, y fundamentalmente, tal como discutimos en el capítulo anterior, se acuerden criterios de abordaje terapéutico, objetivos de los tratamientos, diagnóstico, alta terapéutica o egresos y derivación.

Como afirma Alberto Bialakowsky¹³⁰ (2006), el orden disciplinar tiene que ver con las incumbencias técnicas, burocráticas y corporativas. Cada sección como la asistencia en salud, escolar o judicial posee un campo (Bourdieu, 1993) que es salvaguardado interna

¹²⁹ Comunicación personal.

¹³⁰ Doctor Honoris Causa por las Universidades de Chile y Perú. Se especializó en estudios de Ciencias Sociales del Trabajo. Actualmente es Profesor Titular Regular en la temática de Sociología Laboral en la Carrera de Sociología de Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Se especializa en temáticas de trabajo y exclusión social.

y externamente, lo que impide y justifica al mismo tiempo la imposibilidad para operar interinstitucionalmente sobre el padecimiento complejo.

Los métodos de intervención que operan sobre las nuevas formas de padecimiento social (*desaggio sociale*) se caracterizan por un enfoque fragmentario, disciplinario, individual, ahistórico y se descubren impotentes para afrontar los padecimientos actuales que acuden a la consulta y que son enunciados como: estigma, arrasamiento, devastación, violencia contextual, desamparo, aislamiento, abandono, desocupación, adicciones, suicidio infantil, trastornos vinculares, entre otros (Bialakowsky, 2006).

Coincidimos con Bialakowsky (2006) en que la perspectiva epistemológica, teórica y práctica, de la intervención sobre el padecimiento del/a sujeto/a tiene alcances, o se extiende, hasta la propia familia y comunidad de pertenencia de la persona en cuestión, resultando imposible la escisión entre sujetos/as y núcleo familiar, entre sujetos/as y comunidades, y/o entre familia y comunidad. Pero trabajar en la comunidad y con la comunidad requiere una nueva epistemología coproductiva, transdisciplinaria y colectiva.

Según Michel Foucault (1978) la violencia del método puede comprenderse en tres órdenes, uno interinstitucional, otro disciplinar y otro orden referido a los cuerpos. Estos órdenes sistemáticos se encuentran entrelazados en la praxis institucional y representan formas de modulación y gubernamentalidad macro y micro social de poblaciones y de cuerpos.

Con respecto al orden interinstitucional, la regla que se sigue es la división extrema del trabajo. Bajo el supuesto de la eficacia de las autonomías institucionales, se produce de hecho una intersección multinstitucional sobre los/as sujetos/as, así las prácticas institucionales de derivación, delegación, referencia o peritaje producen un vacío aparente entre instituciones, cuyo mandato justamente es la preservación de campos aislados de operación. En estos atravesamientos los/as sujetos/as de padecimiento quedan a la deriva, aunque sostenidos/as por este control sistémico, donde la amenaza de la expulsión o de la internación se cierne para recortar el espacio de la autonomía subjetiva (Foucault, 1978).

12.3.2. Integralidad y ciudadanía

Volvemos ahora a nuestro esquema de análisis actual, es decir, la medición de los grados de integralidad y equidad del servicio, la cual se realizó a partir de la observación participante durante el trabajo etnográfico, como dijimos anteriormente, en espacios de sala de espera, reuniones de equipo, observación de grupos terapéuticos y entrevistas de ingreso, al igual que la realización de entrevistas a los/as profesionales y usuarios/as del nosocomio.

Dentro del equipo de trabajo, encontramos aquellos/as profesionales con apertura hacia el campo de las ciencias sociales en salud, que conciben el proceso de salud-enfermedad-atención por uso de drogas desde una mirada de integralidad, aunque sus prácticas quedan más ligadas a un entramado transicional (ver definiciones de cada categoría en el apartado 12.3), ya que, si bien tienen en cuenta las condiciones de vida,

tomando en consideración la dimensión colectiva (grupal, familiar, social) de la problemática, el modelo de intervención es mayormente individual. Para éstos/as profesionales, si bien conceptualmente, la salud es entendida como un proceso que necesita articular los diferentes niveles de atención y las estrategias de promoción, prevención y asistencia, en la práctica hay poca o nula articulación entre niveles de atención. Asimismo, no se han logrado establecer redes intersectoriales consolidadas, salvo con el Servicio Local de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Bs. As. o con el Patronato de Liberados, organismos con los que existe un dispositivo de referencia y contrarreferencia para la atención de niños/as y adolescentes y personas con libertad condicional, respectivamente. Generalmente estas instituciones consisten en derivación de pacientes y requieren del Hospital informes de seguimiento.

Por otro lado, los/as profesionales del área social, tienen una concepción integral respecto del concepto de ciudadanía, fomentando el ejercicio de derechos y obligaciones por parte de profesionales y pacientes, que se manifiesta en la promoción de la salud como derecho, y en otros aspectos como por ejemplo, conceder la posibilidad de cambio de terapeuta en aquellos casos en que el/la usuario/a lo solicitase y/o brindar herramientas de empoderamiento para situaciones de violencia familiar.

Otros/as profesionales que provienen de las disciplinas biomédicas, en relación a la integralidad están posicionados/as desde un lugar más asistencial, no consideran las condiciones de vida como determinantes de la salud, predominando enfoques biologicistas en sus intervenciones. No tienen en cuenta la diversidad de los determinantes de clase, género, opción sexual, cambios culturales, salvo la cuestión etaria, dado que los/as adolescentes y jóvenes se les presentan como más “problemáticos/as” para atender, adquiriendo posiciones paternalistas respecto a ellos/as.

Asimismo, son escasas las intervenciones donde se tenga en cuenta el ciclo de vida, focalizándose de manera fragmentada en la etapa por la que atraviesa el/la sujeto/a al momento de la consulta.

La evaluación de la ciudadanía y la equidad, podemos analizarla mediante una nota de campo donde se observa, cómo para algunos/as integrantes del equipo, de algún modo, se pone en entredicho la gratuidad del servicio. Esto se constata en que algunos/as profesionales identifican que no atienden de igual modo a los/as pacientes del hospital que a los/as del consultorio privado. La hipótesis que esgrimen para comprender estas diferencias, está ligada a que en el hospital público no existe un pago para la atención, factor que reconocen como causal de la desigual atención entre el ámbito público y el privado.

“-yo igual creo que no atiendo igual a los pacientes de acá que a los del consultorio privado, no tiene que ver con lo económico, eso me doy cuenta que no atiendo igual, no sé con qué tendrá que ver (psiquiatra);

-Yo si atiendo igual, salvo con algunos de esos pacientes que “nada, ni nada”, pero después si atiendo igual a todos (psicóloga);

-Para mí el tema del pago hace que no sea igual, yo creo que en los hospitales públicos, el que no haya un pago tiene mucho que ver (psicólogo);

-Sí, puede ser que para Uds. desde el psicoanálisis tenga algo que ver” (psiquiatra). (Nota de campo en el SUM donde se reúne el equipo – octubre 2011).

A partir de esta nota de campo, en comunicación personal con la Dra. Débora Tajer, Directora de esta Tesis, surgen varios temas:

Por un lado, la cuestión del pago no debe ser entendida solamente en relación a lo que pagan los/as pacientes, sino también a la renta de los/as profesionales. Por lo general en el ámbito público, los/as psicólogos/as trabajan ad honorem o con bajos salarios, mientras que los/as médicos/as reciben renta, o reciben distinta renta según la disciplina, con lo cual los/as psicólogos/as “viven” principalmente del consultorio privado y terminan haciendo "buenas acciones" en el sector público. En consecuencia, históricamente, parte de alguna práctica compensatoria ha sido en algunos casos, "privatizar pacientes" como criterio de “progreso” en los tratamientos, prácticas que se constituyen en perversidades y corrupciones cotidianas del sistema (Tajer, comunicación personal).

Por otra parte, están los temas de la diferencia de clase en la clientela en uno y otro ámbito, así como aspectos relativos a los determinantes de salud que se abordaron anteriormente y otras cuestiones vinculadas a un tipo de categorización que circula como sentido común en los servicios asistenciales sobre los/as pacientes, que distinguen por un lado a “*pacientes que son un caño*”: se trata de aquellos/as que no se amoldan al perfil asistencial deseado por el equipo, en oposición a aquellos analizantes calificados/as como “*pacientes divinos*”: que serían aquellos/as que fundamentalmente tienen una actitud reflexiva, pueden expresarse con soltura en el plano discursivo y representacional, es decir, que cuentan con un capital simbólico y social “acorde” con lo esperado por los/as psicólogos/as y que se asemejan más a las personas que concurren a los consultorios privados. Estas distinciones son a las que Ana María Fernández (2013) se refiere con los desafíos psicoanalíticos frente a vínculos y subjetividades actuales.

Por último, parecería que las palabras del psicólogo sobre que “*el tema del pago hace que no sea igual*” refiere a la tematización realizada por Freud sobre el dinero, en la línea de la circulación de dones como fue descrita por Marcel Mauss, pero en el campo de lo psíquico. Sin embargo, al respecto es pertinente indicar que no debe pensarse sólo en la mediación de pago efectivo por parte de los/as consultantes, como lo afirma este profesional, sino que más bien la reflexión de Freud alude a la cuestión de la circulación y la retribución, del intercambio. Con lo cual, puede ser cuestionada su apreciación si se considera y concientiza a los/as trabajadores/as de la salud estatales en que su trabajo es remunerado a través de los impuestos que pagan los/as contribuyentes y por lo tanto se constituye en un “salario social”, de Estados sociales, que funcionan mediante efectores públicos de salud (en diálogo con Débora Tajer).

En otro orden de cosas, un factor que atenta hacia el ejercicio de una ciudadanía plena por parte de los/as usuarios/as del servicio, es la falta de acuerdo entre los/as profesionales sobre los objetivos hacia dónde apunta el tratamiento. La importancia de acceder al conocimiento de las etapas, metas, intenciones del proceso terapéutico radica en el hecho que habilitaría a los/as usuarios/as a realizar elecciones informadas de acuerdo a sus necesidades concretas de salud, de lo contrario la imprevisibilidad objetiva de los requisitos para gestionar el tratamiento se traduce en sentimientos de impotencia y resignación o al extremo en una actitud vertiginosa de resistencia o abandono del tratamiento.

Según lo expresado por los/as profesionales, no existe normativa explícita, criterios de cumplimiento de objetivos mínimos que puedan ser esclarecidos a los/as pacientes. Al indagarse sobre el tema, la respuesta fue que cada profesional maneja sus propios criterios respecto a los objetivos de tratamiento, de seguimiento e inclusive de los requisitos para egresar del mismo.

Por ejemplo, respecto al egreso del dispositivo terapéutico, plantean que:

“el alta no está pensada, no está acordada” (Psicóloga).

Y como ya lo hemos analizado en el capítulo anterior, tampoco conciben al proceso de adicción como una circunstancia en la vida de una persona, sino como una *“patología crónica”*.

Entendemos que en este tipo de concepción estática de salud-enfermedad respecto al uso de drogas, aunque sea de manera implícita, convergen moralidades¹³¹, perspectivas teóricas e ideológicas, prácticas terapéuticas que dejan fijos al/la sujeto/a, que sujetan, le quitan toda capacidad de agencia. Y que tienden a la normalización y producción de nuevos tipos de sujetos/as. En el mismo sentido podemos referirnos a una cuestión que se constata permanentemente en las entrevistas y en las observaciones, que es la noción de *“cambio de la posición subjetiva”* esgrimida por el equipo,

“yo busco que el paciente tenga otra posición, la cuestión sería que cambie la posición del sujeto, decimos nosotros” (psicóloga)

De este modo opera el poder disciplinario, es decir, que a partir de esta noción se sustenta la lógica de sujeción, en el sentido de que modificar la adicción sería entonces modificar al/la sujeto/a. Desde una economía política moral que busca normalizar lo desviado, se instalan distintas técnicas para la conformación de nuevas subjetividades. Tal como lo explica Michel Foucault (2011) *“toda acción moral implica una relación con la realidad en la que ella se lleva a cabo, y una relación con el código al que se refiere, pero también implica una determinada relación con uno mismo; ésta no es simplemente “conciencia de sí”, sino “constitución de sí” como “sujeto moral”, en la que el individuo circunscribe la parte de sí mismo que constituye objeto de esta práctica moral, define su posición, se fija un determinado modo de ser que valdrá como cumplimiento moral de sí mismo, y para ello debe actuar sobre sí mismo, conocerse, controlarse, probarse, perfeccionarse, transformarse”* (Foucault, 2011: 34).

Para que ello ocurra debe ejercerse un poder disciplinario, que fabrique cuerpos sujetos. Para Michel Foucault (2012), *“el poder disciplinario fija con toda exactitud la función sujeto al cuerpo; es individualizante [en el sentido de que] el individuo no [es] otra cosa que el cuerpo sujeto. En tal sentido, el poder disciplinario es individualizante porque ajusta la función sujeto a la singularidad somática por intermedio de un sistema de*

¹³¹ Siguiendo a Foucault (2011), por *“moral”* entendemos un conjunto de valores y de reglas de acción que se propone a los individuos y a los grupos por medio de aparatos prescriptivos diversos. Se llega a tal punto que estas reglas y valores son explícitamente formulados dentro de una doctrina coherente y de una enseñanza explícita. Pero también se llega al punto que son transmitidos de manera difusa y que, lejos de formar un conjunto sistemático, constituyen un juego complejo de elementos que se compensan, se corrigen, se anudan en ciertos cruces, permitiendo así compromisos o escapatorias (Foucault, 2011: 31).

vigilancia y escritura (...) y establece la norma como principio de partición y la normalización como prescripción universal para todos esos individuos así constituidos” (Foucault, 2012: 77).

Hay que avanzar en el debate sobre cuestiones tales como ¿de qué modo operan las moralidades en la construcción de subjetividades en el marco del proceso de s/e/a? ¿Cómo desafiar el fenómeno creciente de patologización y medicalización de la vida cotidiana? ¿De qué manera se puede otorgar capacidad de agencia a quiénes consultan en un servicio específico de atención por uso problemático de sustancias?

Si partimos de la hipótesis de que el tratamiento tiene como fin el promover la salud de los/as usuarios/as, cabe preguntarse ¿qué idea de salud tienen los equipos que atienden a usuarios/as de sustancias? ¿Desde qué parámetros se piensa el “bienestar” en salud para ellos/as?

De lo indagado hasta el momento, parecería que estuviera implícito, como objetivo último de tratamiento, un tipo ideal de persona, signada por ciertas cualidades asociadas al autocontrol, a determinados estilos de vida normatizados, y a un “proyecto de vida” vinculado con la idea de realización personal. Ese horizonte sería hacia donde se encausaría al/la sujeto/a tratante, y es aquí donde la noción de “*cambio en la posición subjetiva*” tiene como correlato un modelo particular de persona, aquella que el equipo concibe como la que podría “desenvolverse en la sociedad” sin tomar en cuenta en qué contexto concreto e histórico está inserto/a ese/a sujeto/a, sometidos/as a la “‘violencia inerte’ de las estructuras económicas y los mecanismos sociales” (Bourdieu, 1999: 308). Ahora bien, una vez que se fija ese modelo, el progreso o no dentro del tratamiento va a ser leído en términos de la distancia que se establezca entre la vida “real”, concreta, de la persona en tratamiento, y el ideal buscado. Es decir que el poder disciplinario se ejerce no sólo para que el/la “paciente” cree una “conciencia de sí”, sino que también promueve una nueva “constitución de sí”.

Con todo, se constata que este parámetro tanto de persona como de salud -siendo que el ideal de salud se alcanzaría mediante la constitución de este tipo particular de sujeto/a-, se presentan como valores ideales que en la práctica concreta no alcanzan a realizarse.

En consecuencia, para el caso que he analizado, esta persona ideal como objetivo del tratamiento presenta su límite en la escasa cantidad de altas institucionales otorgadas.

El hecho de que el equipo no pueda establecer criterios de tratamiento consensuados, que sirvan de orientadores de las prácticas, y en cambio se persiga un ideal a alcanzar en el cual subyacen moralidades, trae como consecuencia la frustración de los/as profesionales y la confirmación una y otra vez de la casi inevitabilidad de lo incurable de “la problemática”, es decir, que se termina reafirmando la visión hegemónica respecto a la cronicidad del proceso de adicción.

Y este modo de entenderla, de algún modo se extiende hasta los/as mismos/as usuarios/as que, si por algún motivo tuvieran que interrumpir el tratamiento, experimentan tal situación como un fracaso en la incapacidad de operar sobre una nueva “constitución de sí”, reafirmando en el mismo acto la supuesta “cronicidad”. Recordemos las críticas realizadas por Singer (1988) y Menéndez (1990) sobre la ineficacia desde los campos psi y biomédico en el tratamiento del proceso de

alcoholización y adicción, y de qué modo esta incapacidad es trasladada, transferida a una supuesta biografía o predisposición culturales únicas inherentes a los/as usuarios/as.

12.3.3. ¿Promoción de la autonomía?

Respecto a la autonomía coexisten diversas perspectivas en el equipo. En algunos casos los/as profesionales presentan una tendencia a conceptualizarla de manera semiintegral, por ejemplo, promoviendo que los/as usuarios/as construyan iniciativas propias para desarrollar en otros contextos, potenciando y ampliando su campo de acción; pero en otros casos tienen ciertos resquemores a que la autonomía pueda tener efectos adversos en el tratamiento.

De todos modos, en la mayoría de los casos, las prácticas profesionales se ajustan más a mecanismos transicionales pero fundamentalmente asistenciales respecto de la autonomía. Esto pudo notarse con mayor claridad en el dispositivo de media internación, donde una de las “normas de la casa” es que los pacientes no puedan tener encuentros por fuera del tratamiento, es decir, que se prescribe la prohibición de construir redes de forma espontánea entre los usuarios¹³². Otra cuestión es que los pacientes de este dispositivo, deben ser acompañados diariamente, tanto al ingreso como al egreso, por un referente de su entorno generalmente familiar. Asimismo, se prescribe que el uso del dinero sea controlado por una persona de su entorno cercano, otorgándosele, paulatinamente, pequeños permisos para su uso.

Son también fiscalizadas las actividades que los/as pacientes realizan cuando están fuera del Centro, tanto en lo relativo a actividades laborales como de ocio. Según pudimos observar, una persona que está en tratamiento en el Centro de Día no trabajará hasta que, junto con su terapeuta, se evalúe que puede reincorporarse al trabajo, al igual que a otras actividades como ir al gimnasio, ir a jugar al fútbol u otro deporte, participar en alguna “fiesta” (cumpleaños, salidas, encuentros con amistades), etc.

Todas estas prescripciones van en la misma dirección de la “constitución de sí” que analizáramos en el apartado anterior. Y que de algún modo se enmarcan en una concepción de tratamiento que debe escindir al individuo de su entorno, de ese entorno que lo/a llevo a consumir, por lo tanto no sólo tendrá que des-subjetivarse, sino que la persona deberá cambiar el entorno donde se desenvuelve, cuestión que no siempre es posible o está a su alcance lograrlo, y por lo tanto ese “fracaso” lo descalifica ante sí, sus allegados y ante el equipo terapéutico.

Como afirman Castel y Coppel (2004) que la experiencia toxicomaniaca, desborda ampliamente lo que pueden dominar los heterocontroles¹³³, y ello porque la toxicomanía es una práctica social multidimensional, y no sólo una práctica que concierne a la delincuencia o a la patología, es decir, a las intervenciones jurídico-policiales o médico-psicológicas. El/a toxicómano/a sigue siendo un individuo social que tiene vínculos sociales. La pertenencia del/la usuario/a intensivo/a de drogas a lo que constituye la vida

¹³² Recordemos que en el Hospital de día, al momento de realizar la investigación sólo asistía a pacientes varones.

¹³³ Por heterocontroles entendemos los controles legales y biomédicos prescritos por las instituciones de control social.

ordinaria de un/a individuo ordinario, no está completamente quebrada, sino en los casos límites, aun cuando se vuelva problemática, conflictiva, amenazada.

Por ello, el/la usuario/a intensivo/a, como cualquier otro/a, debe conducirse, en el sentido de tener un comportamiento de respuesta a esas situaciones sociales. Debe administrar su práctica de consumo en función de sus relaciones. Es decir, que hay una dimensión de autocontrol en la conducta del/la consumidor/a de drogas en general y del/la toxicómano/a en particular. Sigue siendo un/a individuo social, que continúa por un lado apoyándose en los códigos ordinarios de la vida común, y sobre quien no dejan de pesar las coerciones más prosaicas.

Pero además, el/la consumidor/a inscripto/a en redes de sociabilidad, recibe a cambio mensajes de sus diferentes interlocutores/as. Es controlado/a por su entorno. Esto es lo que Castel y Coppel (2004) denominan “controles societarios”. Es decir, aquellas regulaciones “informales”, no especializadas, no profesionalizadas, no acreditadas, a diferencia de los heterocontroles. Pero no por estar menos formalizados, los controles de este tipo son menos importantes, tanto que a diferencia de la mayor parte de los heterocontroles, que consisten en intervenciones puntuales, se ejercen de manera permanente.

Una tercera instancia es la relativa a los “autocontroles”, que son la interiorización de los controles sociales y legales de las drogas ilegalizadas en la que cada usuario/a privilegia, según sus medios y aspiraciones, un aspecto y otro de los heterocontroles (Castel y Coppel, 2004).

Cabe preguntarse ¿Cómo una política de drogas puede economizar estos recursos no institucionalizados y no tecnificados que son el pan de cada día de la experiencia de los/as usuarios/as intensivos/as? ¿Cómo operan estas regulaciones no profesionalizadas? ¿Cómo podrían inscribirse en una política de conjunto respecto del consumo intensivo? Pero si la mirada sigue puesta en el individuo como responsable de la situación en la que se encuentra... ¿Acaso la droga, el alcohol y los psicofármacos, no serán encontrados en todos los espacios en donde una persona se desenvuelva? ¿Será posible generar un entorno libre de drogas? Ya todos conocemos la respuesta. Entonces, ¿por qué no habilitar a los/as sujetos/as a que puedan enfrentar las situaciones, y no crear entornos ilusorios, artificiales que esquiven (como si se pudiera) la presencia de la droga?

Recordemos la afirmación esgrimida por una de las psicólogas, que vislumbra claramente las nociones de sentido común que circulan en los servicios sobre cómo se concibe al típico “paciente” que concurre a tratamiento:

“no puedo ser tan ingenua de creer que el adicto en sí no tiene sus características, o sea, a ver, no sé si son de la persona en sí, pero el adicto en general es manipulador, tiende a mentir, si está sin consumo se pone intolerante, irritable, y nada le viene bien, o sea tiene..., es inestable, no tiene un proyecto vital, está desorganizado en su tiempo, en su espacio, con lo cual yo no puedo desconocer estas características” (Psicóloga).

Frente a esta concepción del/la usuario/a “típico” de sustancias, se despliega todo un halo de dudas en relación al progreso dentro del tratamiento, esto puede ejemplificarse con la siguiente nota de campo:

Le pregunto a la psicóloga: “¿cómo está la chica que se le quemó la casa?, ¿está viniendo? [Se trataba de una paciente que en el barrio le quemaron la casa porque la denunciaron/señalaron que vendía droga].

-Sí, sí, está viniendo, está bien, sigue viniendo. Dice que no consume.

-¿Y ya está con los hijos? –le pregunto. ¿Se los pudieron dar?

-No, todavía no.

-Ah, porque ella estaba muy angustiada con eso –dice la trabajadora social.

-Sí, pero todavía no, porque tienen una medida de abrigo –aclara la psicóloga, y continúa diciendo- si, en algún momento habría que hacerle un toxicológico.

-Ah... ¿por qué, lo exigen de niñez?-le pregunto.

-No, porque viene diciendo que no consume, en algún momento habría que hacerle un toxicológico”. (Nota de campo en el SUM donde se reúne el equipo – julio/2011).

El fantasma de la mentira, de la manipulación se cuela permanentemente en la visión que la mayoría de los/as integrantes del equipo tienen sobre los/as pacientes. Si bien en un único caso este punto de vista se explicitó, sin embargo en esta nota de campo reaparece la mirada de desconfianza. Frente a ello desde el dispositivo terapéutico se pone en juego el examen.

“El examen combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza. Es una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar. Establece sobre los individuos una visibilidad a través de la cual se los diferencia y se los sanciona. A esto se debe que, en todos los dispositivos de disciplina, el examen se halle altamente ritualizado. En él vienen a unirse la ceremonia del poder y la forma de la experiencia, el despliegue de la fuerza y el establecimiento de la verdad. (...) La superposición de las relaciones de poder y de las relaciones de saber adquiere en el examen toda su notoriedad visible” (Foucault, 1989: 189).

Tal como ejemplifica Foucault (1989) para el caso del castigo en el S XIX, el poder-saber se ejerce sobre el cuerpo, pero en un sentido diferente al que se aplicaba mediante el suplicio. La relación castigo-cuerpo se encuentra ahora en situación de instrumento intermediario; si se interviene sobre él encerrándolo, o haciéndolo trabajar, es para privar al individuo de una libertad considerada a la vez como un derecho y un bien. El cuerpo, según esta nueva penalidad, queda prendido en un sistema de coacción y de privación, de obligaciones y de prohibiciones. “El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una *economía de los derechos suspendidos*” (Foucault, 1989: 18).

A la cual asiste todo un “ejército entero de técnicos que han venido a relevar al verdugo, anatomista inmediato del sufrimiento: los vigilantes, los médicos, los capellanes, los psiquiatras, los psicólogos, los educadores” (Foucault, 1989: 19).

El castigo, la suspensión de derechos, la desconfianza sobre lo que los/as pacientes dicen que hacen, operan como prácticas cotidianas, naturalizadas por el equipo terapéutico “*por el bien del paciente*”. Esto pudo constatarse, cuando meses después de la primera referencia a utilizar el examen toxicológico¹³⁴, como una especie de control, al

¹³⁴ El examen toxicológico consiste en pedirle al paciente una muestra de orina, extraída en el momento, para luego aplicarle un reactivo a fin de detectar en la orina la presencia de cocaína y de Tetrahidrocannabinol (THC), que es el principal constituyente psicoactivo del cannabis.

mismo tiempo que se develaba si el/la usuario/a decía o no la verdad sobre su consumo, observo la siguiente situación:

Se trataba del primer día que iba a conocer el centro de día. Luego que la Jefa del Servicio me presentara y comentara al equipo sobre la investigación, comienzan a comentar entre los/as psicólogos/as y trabajadora social: “esta vez se les puede hacer un examen toxicológico a todos los pacientes -que habían concurrido ese día-, ya que hay reactivos para hacerle a todos”.

Le consulté a los/as profesionales, si alguno de los pacientes podía negarse a someterse al test, y me explicaron que sí, pero que tenía que hacerse explícito ante el resto de los compañeros, durante el grupo de convivencia. Asimismo, me dieron a entender que el hecho de negarse, de algún modo se asumía que el paciente había consumido. De hecho hubo un paciente que pidió que no se le haga el test y automáticamente se asumió la presencia de consumo.

Al realizar las entrevistas, esta situación, fue tema recurrente traído por los propios usuarios del Hospital de día, porque según ellos, tanto los dos usuarios a quienes les había dado positivo, como el que se había negado a realizar el estudio, eran de los “pacientes” que más tiempo hacía que estaban en la institución. (Nota de campo en Centro de día octubre/2011)

En este tipo de situaciones el equipo refuerza, una y otra vez, la idea que anteriormente trajimos a colación, donde se considera a los/as usuarios/as como “manipuladores/as y mentirosos/as”.

Como sostiene Foucault (1989), el arte de castigar en el régimen de poder disciplinario a partir de ciertas operaciones: “referir los actos, los hechos extraordinarios, las conductas similares a un conjunto que es a la vez campo de comparación, espacio de diferenciación y principio de una regla que seguir” (op. cit.: 187)–, tiende a diferenciar a los/as individuos en función de esta regla –ya sea para ser utilizada como grado óptimo al que acercarse, término medio o nivel mínimo desde el cual clasificar–, es decir, que a partir de la valorización de determinadas capacidades, actos, conductas, etc. se cuantifica y jerarquiza la “naturaleza de los individuos” (op. cit.: 188). Desde esta definición y demarcación de la “normalidad” se definirá lo que queda en la frontera exterior la “anormalidad”, y sobre ella se ejerce control y coacción, comparando, diferenciando, jerarquizando, homogeneizando y excluyendo a quienes estén por fuera. En una palabra, el nuevo poder disciplinario “normaliza”.

12.4. Conclusiones

Luego de identificar inequidades en la atención por uso de sustancias, quisimos valorar las estructuras elementales que operan como fuente de desigualación.

Las resistencias que se despliegan en el equipo terapéutico, negando la influencia del patriarcado en la vida de los/as sujetos/as, tiende a ocultar, invisibilizar ésta y otras fuentes de desigualdad como la clase, la edad, la etnia y la “raza”, generando inequidades en la calidad de la atención.

Éstas actúan en el/la analista en latencia, formando parte de estrategias biopolíticas de dominio, deslizándose del escenario de la cura al espacio del control social (Fernández, 2013).

La adaptación de la escala de medición de grados de integralidad y equidad de género, elaborada por Débora Tajer y su equipo (2012), nos permitió ponderar algunos aspectos que no habían sido detectados previamente.

Entre ellos podemos destacar, por un lado, que los/as profesionales del campo de las ciencias sociales, conciben el proceso de salud desde un enfoque integral aunque sus prácticas se corresponden a un entramado transicional, ya que el modelo es mayormente individual, con poca articulación disciplinaria e intersectorial.

Por su parte los/as especialistas del campo biomédico se posicionan en un lugar asistencial, con posturas paternalistas y escasamente tienen en cuenta el ciclo de vida, focalizando de modo fragmentario en la etapa que transita la persona en tratamiento.

Con respecto a la evaluación de la ciudadanía y la equidad, subrayamos cómo la noción de “cambio de la posición subjetiva” opera desde una economía política moral que busca normalizar al/la sujeto/a. Como parte de una estrategia biopolítica, se fuerza un tipo particular de “constitución de sí”, ejerciendo un poder-saber para que el/la sujeto/a al actuar sobre sí mismo pueda controlarse, perfeccionarse, transformarse. Este poder disciplinario escinde, normaliza, individualiza.

Por último, la medición de la autonomía evidenció cómo se articulan diversos tipos de vigilancia sobre las/as usuarios, nos referimos a, los heterocontroles, los controles societarios y los autocontroles. Sin embargo, desde las dos modalidades de tratamiento dispensadas por el hospital se crean entornos ilusorios, artificiales que no habilitan a la adquisición de habilidades para que los/as consumidores puedan desenvolverse en la vida cotidiana de manera independiente.

La evidencia más fuerte observada, como ejercicio de poder disciplinario, en detrimento de la autonomía de los/as sujetos/as, fue la del examen toxicológico, castigo que opera como una forma de economía de los derechos suspendidos. El halo de desconfianza que envuelve al/la “paciente” refuerza la utilización del examen, de manera altamente ritualizada, en una ceremonia que despliega toda la fuerza en el establecimiento de la verdad, permitiendo la clasificación y el castigo.

CONCLUSIONES FINALES

A lo largo de la presente tesis expusimos los resultados de un extenso proceso de indagación que se desarrolló desde 2002 hasta la actualidad, a fin de echar luz sobre los fenómenos complejos que se articulan en torno al uso de drogas y el proceso de salud/enfermedad/atención. El objetivo de la investigación se centró en el análisis –desde una perspectiva de género y de derechos– de la política pública destinada al abordaje de los consumos de sustancias a cargo de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de Provincia de Buenos Aires entre 1993 y fines de 2011, evaluando la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en las intervenciones preventivas y terapéuticas.

Inicialmente nos preguntamos si la política pública sobre consumo de sustancias puede ser una alternativa de salud para la mayoría de los sectores más desfavorecidos de la estructura social, hacia quienes supuestamente se focaliza y dirigen sus acciones.

Con ese horizonte evaluamos la existencia o no de tensiones entre las necesidades particulares de los/as usuarios/as de sustancias (tanto las manifiestas por ellos/as, como las observadas durante el estudio) y las ofertas concretas brindadas desde el Estado. A continuación repondremos las principales cuestiones que se desprenden de nuestro estudio.

En primer lugar, la normativa vigente en nuestro país tiene posturas contradictorias al respecto, por un lado, mediante la Ley 23.737 se sanciona penalmente la tenencia de drogas, cualquiera sea su cantidad y cualquiera sea el propósito con que se tenga la sustancia. En aquellos casos en que los estupefacientes estén destinados al consumo personal, la punición puede ser reemplazada por medidas alternativas de seguridad “curativa” o “educativa”, es decir, que para no ir a prisión se los/as insta a concurrir a un tratamiento. Este tópico es uno de los principales ejes de discusión actual.

En 2009, mediante el Fallo Arriola, la Corte Suprema de Justicia declara la inconstitucionalidad del art. 14 inciso segundo de la Ley 23.737, el cual sanciona penalmente la tenencia de estupefacientes para consumo personal. En la sentencia se expresa la incompatibilidad de dicho artículo con el principio de reserva, que se encuentra en el artículo 19 de la Constitución Nacional, a partir del cual se protegen las acciones privadas de las personas, que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero.

No obstante, este fallo no deja sin efecto de manera automática la ley vigente, sino que sienta jurisprudencia al respecto. Empero, otra advertencia debemos hacer, y es que en las escasas oportunidades en que las causas por tenencia de drogas llegaron al Supremo Tribunal de Justicia, fueron resueltas alternativamente con posiciones contrarias según el contexto sociohistórico, es decir, que en algunos casos dieron lugar a la inconstitucionalidad de la injerencia de la ley sobre las “acciones privadas de las personas” y en otros invalidaron esta postura.

El efecto que esta normativa tiene sobre los/as consumidores/as de drogas, es un proceso de estigmatización y criminalización, en el que la economía moral opera con un ojo racializador, que filtra, separa y señala a los sectores populares, principalmente a las

y los jóvenes. Mientras que los grandes poderes vinculados al tráfico de drogas parecería que estuvieran en una segunda realidad, con reglas de juego propias, paralelas, donde la corrupción, la impunidad, la connivencia política, empresaria, policial y judicial están de su parte.

Desde un enfoque diferente a la Ley sobre tráfico y consumo de drogas, en 2010 se sanciona la Ley de Salud Mental que incorpora al “consumo problemático de sustancias” en su campo de injerencia. La misma desde una perspectiva de derechos humanos plantea grandes avances sobre las garantías de las personas con padecimiento mental entre las que incluye a las “adicciones”, promueve: una atención sanitaria y social integral y humanizada, gratuita, a partir de un acceso igualitario y equitativo, basada en una intervención interdisciplinaria e intersectorial.

Asimismo, estimula a que los/as usuarios/as de los servicios de salud mental y adicciones no sean identificados/as ni discriminados/as por un padecimiento mental actual o pasado y a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

Refuerza la necesidad de instituir el derecho al consentimiento informado; derecho a recibir tratamiento y a ser tratado/a con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja los derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a un acompañamiento de sus familiares antes, durante y luego del tratamiento.

Además, impulsa a que la internación sea considerada un recurso restringido en el tiempo y que sólo se prescriba cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

Si bien, al igual que el fallo Arriola, sienta precedentes en la no criminalización de los/as consumidores/as, somos cautelosos al considerar que ambas medidas jurídicas pueden tender a medicalizar-psiQUIATRIZAR a todo/a consumidor/a de drogas, al alejarse de explicaciones que incorporen la complejidad de la temática considerando dimensiones sociales, culturales, económicas, e inclusive geopolítico-estructurales. Y al mismo tiempo aumentar las representaciones, moralidades, connotaciones negativas circulantes, ligadas a la anomalía, desviación, patologización de las personas que consumen.

Un segundo eje de análisis en esta tesis ha sido el estudio de las distintas etapas administrativas de la SPAA-SADA. Para su abordaje nos basamos en las definiciones de los enfoques Ético-Jurídico; Médico-sanitario; Psicosocial; Sociocultural; Ético-social y Geopolítico-estructural. Estos modelos, en tanto, discursos hegemónicos, proposiciones filosóficas y morales, involucran un complejo de definiciones e interpretaciones que aluden a la tríada individuo, sustancia que se consume y contexto donde se da dicho consumo, delimitando los problemas relacionados y precisando el campo de actuación de las políticas gubernamentales. Hemos considerado el ejercicio de la gubernamentalidad (Foucault, 2006), como aquella forma de poder que tiene a la población como blanco, a la economía política como saber y a los dispositivos de seguridad como instrumento técnico.

Para la evaluación nos basamos en la revisión de decretos del ejecutivo provincial, documentación oficial, informes de gestión, página web de distintas épocas del

organismo, junto con nuestras observaciones y entrevistas realizadas a equipos técnicos y funcionarios/as durante el trabajo de campo.

Durante los 18 años que cubrió nuestro análisis (1993-2011), la Subsecretaría de Estado ha sido administrada por 8 titulares diferentes. Es decir, que asistimos a sucesivos cambios de gestión con algunas variaciones entre ellas, pero con más persistencias en las prácticas y discursos, en las concepciones sobre el uso de sustancias y sobre las y los consumidoras/es, al igual que en las modalidades terapéuticas y de prevención.

Salvo la última de las Administraciones estudiadas, a cargo de la Lic. Gabriela Torres (2010-2011), en la mayoría imperó una continuidad ideológico-epistemológica, con un sesgo ético-jurídico y médico-sanitario que desde una economía moral estigmatiza a los/as usuarios/as, sus familias e incluso los/as culpabiliza y victimiza respecto a la situación de consumo, negando las fuerzas económico-político-estructurales que confluyen en la constitución del fenómeno.

Por momentos el discurso de los/as funcionarios/as se acercaba a visiones más inclusivas, incorporando aspectos sociopolíticos y culturales que incidirían en los consumos de sustancias, sin embargo al detenernos en los materiales, objetivos, producidos por los distintos programas que llegaban a la población destinataria, pudimos develar una trama de significados reduccionistas, atomizados, ahistóricos que persisten en el abordaje de la temática. Inclusive al evaluar programas concretos, por ejemplo, encontramos el mismo contenido con un cambio en el diseño del material. Nociones que asocian “droga=muerte”, a la juventud como desviada, anómica, descontrolada que requiere vigilancia y encausamiento por parte del mundo adulto. A las personas que consumen drogas se las define como víctimas, esclavas, enfermas. Como vemos las visiones jurídicas, morales y sanitarias se fusionan y confluyen en la perspectiva prohibicionista y abstencionista.

En ningún caso se utilizó una perspectiva de reducción de daños como modelo de prevención. Recién en la administración de la Lic. Gabriela Torres (2010-2011) se comenzó a esbozar una estrategia de intervención, que concebía a los/as usuarios/as como sujetos/as de derecho, incorporando un enfoque integral en el abordaje. Se distinguió entre uso y uso problemático de sustancias, advirtiendo que no toda ingesta deviene en adicción. Recordemos que mientras se desarrollaba su gestión, se sancionó la Ley de Salud Mental y, es a partir de su gerencia que se inició el cambio de paradigma hacia una perspectiva de derechos.

Un aspecto que pudimos constatar ha sido la progresiva disminución de los recursos económicos destinados a la SPAA-SADA. En los comienzos, con el Dr. Juan Alberto Yaría (1993 a 2001), el organismo gozaba de rango ministerial, hecho que le permitía contar con un presupuesto propio, adecuado para instalar una de las estructuras descentralizada más grandes de Latinoamérica con cerca de 180 centros ubicados en la mayoría de los municipios provinciales. Asimismo, capacitaba y producía materiales educativos dirigidos a distinto público: escuelas, iglesias, clubes, personal de seguridad, personal de salud, etc. Esta estrategia colaboró en difundir las misiones de la Secretaría y las concepciones sobre la temática. En este período se instruyó a los equipos contando con la presencia de personalidades distinguidas de Europa, impulsando eventos provinciales y regionales de formación e intercambio.

En la administración del Lic. Claudio Mate (2002-2005) se realizó una adecuación de la plaza de trabajadores/as incorporándolos/as a planta permanente y se impulsaron varias medidas ordenadoras, acorde con la estrategia de modernización del Estado, sin embargo, el dinamismo cesó. En las siguientes gestiones prácticamente se dejó de capacitar al personal, sólo se promovieron espacios de intercambio de experiencias que no alcanzaban a cubrir los requerimientos formativos para abordar los nuevos desafíos que se presentaban en el campo. En muchos casos también se suprimieron las reuniones regionales. Progresivamente disminuyó la edición de materiales. Hasta que en los últimos años el deterioro fue tan agudo que hasta se adeudaba el pago de alquileres de los centros, al igual que los servicios de luz, agua, teléfono, gas. La remuneración de los/as trabajadores/as se vio resentida. Todas situaciones que, en última instancia, repercutieron en la calidad de la atención.

Respecto a la incorporación de la transversalización de la perspectiva género como una estrategia de Estado, hemos señalado que por el contrario, en la mayoría de los períodos de administración aquí analizados, se reforzaron visiones patriarcales sustentadas en modelos tradicionales de género. En ningún caso se promovió la equidad de género, ni se discutió o puso en tensión las desigualdades de oportunidades y de poder entre los géneros, sino que se reforzaron valores preexistentes que restringen a las mujeres y otras expresiones genéricas desiguales¹³⁵ a ocuparse de las actividades reproductoras, de cuidado en el ámbito doméstico, mientras que se reconocen y promueven espacios de poder a los varones en el ámbito público. En ningún período se problematizó la coerción y violencia física, sexual y psíquica que en muchos casos circunda los consumos de sustancias. Tampoco se vinculó a los varones con la vivencia de nuevas masculinidades. En todo momento se excluyeron las prácticas sexuales no hegemónicas y a los diversos tipos de familias (con la excepción de la gestión de Amadeo -2000/2001- donde se la contemplaba); pues permanentemente se ubica a la heterosexualidad y a la familia nuclear tradicional como la norma, deviniendo en discriminaciones, exclusiones y desigualdades intergenéricas.

No sólo nos ocupamos de interpretar el plano discursivo, ideológico-epistemológico que guiaron las distintas etapas de la SPAA-SADA, sino que además fijamos la mirada en el campo de las prácticas. Por un lado, en la intervención comunitaria, territorial, preventiva, y por otro, en la acción terapéutica.

De ello se desprende la tercera línea de investigación que discutimos en la tesis, aquella relativa a los juegos de saber-poder que sobre la población se ejerce cuando nos referimos a la noción de “participación social en salud” y específicamente en nuestra área de estudio de los consumos de sustancias.

Desde nuestra experiencia de campo con poblaciones en situación de pobreza y extrema privación de bienes, sostenemos que la situación a la que deben enfrentarse en su vida cotidiana responde a los procesos de retirada del Estado y consecuente, a la instalación de un “Estado de Malestar” (Bustelo, 1992), acorde a las políticas neoliberales que desencadenaron la crisis de 2001-2002, y que, al momento de definir sus disposiciones gubernamentales no recurrieron a la consulta de los grupos a los que iban dirigidas sus

¹³⁵ Ver nota n° 94.

políticas, en ese momento no apelaron a la participación social para diseñar junto con la población los modos menos perjudiciales de implementar las acciones a seguir. Todas las estrategias fueron impuestas desde fuera de la comunidad. Los colectivos no han podido intervenir en la toma de decisiones que impulsaron los ajustes estructurales.

Sin embargo, las recomendaciones del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo en la década del 90 fue por ejemplo, que en el ámbito de salud, se demandara la acción colectiva para complementar la actividad profesional con prácticas de autoatención, formación de voluntariado, etc.

Sostenemos que estas premisas impulsadas por un reducido número de actores, constituyen una sobrecarga extra de participación para los sectores populares, que se suma a la que cotidianamente deben realizar para enfrentar el acceso desigual a bienes y servicios, donde la búsqueda de alimento, vestimenta, al “rescate de los pibes y las pibas” que consumen, etc. es ardua y desgastante para la vida.

Ejemplificamos esta situación a través de las experiencias de usuarios/as intensivos/as de drogas, donde los inhalantes eran las sustancias disponibles. En ese ámbito asistimos a una de las formas de participación social donde personas y microgrupos espontáneos generaban estrategias de autoatención, allí la participación social operó en términos de curación, prevención, ayuda mutua, etc. a partir de actividades producidas espontáneamente, que supuso la construcción y desempeño de roles específicos.

Estas formas de participación, reciprocidad y solidaridad se fueron consolidando en las redes de consumo, donde más allá de la ingesta, los/as usuarios/as encontraban un plato de comida, un espacio y distintas estrategias de cuidado como por ejemplo, frente a la policía.

La irrupción del *paco* vino a cristalizar nuevas formas de intercambio para obtener la sustancia, y el debilitamiento de las capacidades sociales, locales, de generar bienestar. Para las usuarias mujeres y otras expresiones genéricas desiguales¹³⁶ fueron extremas las condiciones de abuso, explotación y objetivación.

A pesar del deterioro y fragmentación del lazo social que las políticas de ajuste desencadenaron, continuaron funcionando redes sociales de apoyo, donde los lazos de parentesco o de vecindad permitieron la promoción de relaciones de ayuda mutua, por ejemplo para el cuidado de las y los niños/as de los/as consumidores/as intensivos/as.

Al igual que para regular, detener o disminuir el consumo intensivo de drogas, apareciendo en escena parejas, familiares, amigos/as, ex-usuarios/as, operadores/as de alguna ONG, sacerdotes o pastores/as, entre otros/as. En estas circunstancias se pone en marcha un sistema complejo de saberes y prácticas heterogéneas que opera como una red de soporte informal para la reducción de daños, malestares y peligros a los que se enfrentan los/as usuarios/as.

En este contexto observamos que desde los programas de la SPAA-SADA al igual que desde otras áreas gubernamentales, se insiste en un tipo de participación social que tiende a sobrecargar la vida cotidiana de los sectores más desprotegidos del tejido social. Y en este sentido discutimos ¿qué tipo de participación social se está promoviendo?

¹³⁶ Ver nota N° 94.

Nuestro posicionamiento concuerda con la definición de Oakley quien la define “como un proceso de adquisición de poder, en el sentido de acceso y control sobre los recursos considerados necesarios para proteger los medios de vida, y colocando el eje de las decisiones, en el saber y poder locales” (Oakley, 1999: 9). Por lo cual la población no sólo debe ser consultada sino que debe intervenir en la toma de decisiones y en el manejo de recursos. Éste debería ser el modo de impulsar desde el Estado la acción colectiva, de lo contrario, el requerimiento de una participación que se traduzca en mano de obra no remunerada, sin insumos para afrontar la desigualación, refuerza nuevamente la vulneración de derechos económicos, sociales y culturales y concomitantemente, los civiles y políticos, de grandes sectores de población.

El cuarto nivel de análisis de nuestra tesis se ubicó en indagar desde una perspectiva de género y derechos los factores que pueden atentar o facilitar la accesibilidad inicial y ampliada o permanencia en los tratamientos. Además, evaluar la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en la atención del uso problemático de sustancias en un Hospital especializado dependiente de la SPAA-SADA.

Una de las primeras cuestiones que quisiéramos plantear es la persistente y generalizada negación que tienen las y los profesionales sobre las diferencias de género presentes tanto en el inicio del uso de drogas, en aquellos momentos en que el consumo si hizo intensivo y en los costos diferenciales en la gestión de los tratamientos. Esta postura se constató no sólo entre el personal del Hospital, sino que de 181 trabajadores/as encuestados/as de la SADA, el 40,6 % consideró que no existen diferencias en el proceso de salud/enfermedad/atención entre hombres, mujeres, y población trans, y por lo tanto no se requerirían diferentes intervenciones sociosanitarias, mientras que un 35 % ni siquiera había reparado en la cuestión. Sólo el 23,3 % consideró tanto las diferencias como la necesidad de diversificar los tratamientos con perspectiva de género.

A continuación señalaremos los principales hallazgos a partir del estudio de caso en el Hospital especializado de la Provincia de Buenos Aires, dependiente de la SPAA-SADA.

En el caso de los varones entrevistados, la iniciación en el consumo de sustancias tuvo lugar en el ámbito público asociado a grupos de pares pertenecientes a la escuela, el barrio, o con quienes frecuentaban la concurrencia a la cancha, a recitales o a jugar al fútbol. Como práctica altamente ritualizada, la connotación valorativa jerarquizada de aquellos que ya consumían, considerados portadores de coraje, valor y atributos semejantes, incitaba a la iniciación en el uso como indicador de pertenencia al grupo, operando la presión grupal pero también indirectamente, incidieron en esta etapa aspectos socioculturales ligados a la masculinidad.

Escasamente el inicio lo asocian a la necesidad de evadirse de problemáticas de índole familiar, laboral, escolar, etc., más bien hacen referencia a la cuestión de integración, curiosidad, desafío de las normas, de iniciarse en el mundo adulto, a estar “*en la calle*”, a conquistar el ámbito público, lugar privilegiado para este género. En dicho territorio, los jóvenes aprehenden, se amoldan a las prácticas grupales para poder pertenecer, ser

legítimos y no ser excluidos, en muchos casos mediando la violencia o el enfrentarse a situaciones de riesgo. Los códigos, normas -implícitas o explícitas-, establecen las condiciones del vínculo, mediante estrategias sutiles de control intragrupo.

La trayectoria de consumo hasta hacerse intensivo, requirió el conocimiento de los lugares donde comprar, del manejo de los códigos, la jerga, etc., parte del ritual necesario para ser considerado “*del palo*”. La cuestión del acceso a la sustancia, el hecho de no tener un/a proveedor/a o conocer los circuitos para conseguir la droga, demoró en algunos casos, el consumo intensivo. Momento en que se constituye en una práctica cotidiana que organiza de algún modo la rutina ordinaria.

Diametralmente opuesto, en las mujeres el consumo se liga a intentos de sobrellevar una vida traumática, ya sea fruto de un episodio violento o de una vida cotidiana signada por la violencia. La mitad de las mujeres que entrevistamos sufrieron en su adolescencia o juventud una o más violaciones con efectos destructivos u obturadores de su subjetividad. Con escaso apoyo terapéutico post trauma, en algunos casos humilladas, negadas y rechazadas por sus familias al ser el perpetrador un integrante de la familia. En estas mujeres el consumo de sustancias, incluido el alcohol, funcionó en los momentos de mayor ansiedad y crisis. El uso intensivo, en algunos casos, estuvo acompañado de autocastigos como cortarse el cuerpo, intentos de suicidio y “crisis nerviosas”.

En cuanto a la otra mitad de las usuarias entrevistadas, muchas iniciaron su consumo por presión grupal o por tener una dependencia afectiva con un usuario de drogas, con frecuencia iniciándose en el consumo para compartir experiencias con su pareja, o por la sensación de abandono o pérdida de la pareja incrementaban el consumo o experimentaban con nuevas drogas.

Asimismo, 8 de las 10 mujeres identifican como causante de su adicción situaciones de violencia intrafamiliar ya sea física, psíquica o ambas.

En ellas, la trayectoria de consumo fue generalmente progresiva, como una manera de sostén frente a desafíos personales, como forma de liberación de la violencia y/o ligado a etapas con trastornos depresivos.

Al analizar el tipo de sustancia principal por la cual consultaban las usuarias atendidas en la Subsecretaría, hallamos que en primer lugar se encuentra el alcohol, seguido de marihuana y en tercer lugar cocaína. Con respecto a la ingesta de psicofármacos, se concluyó que es una de las sustancias que se asocia a las mujeres, ya que aunque ocupa el cuarto lugar, la elección para su consumo es cinco veces mayor que en los varones.

La experiencia de sufrimiento, padecimiento vinculado al consumo intensivo, es percibido por la mayoría de las y los entrevistadas/os enlazándose con sentimientos de dolor, sufrimiento, malestar, marginalización que operan en su subjetividad.

La estigmatización, “el cartel” -como ellos/as lo llaman- de “falopero/a”, “borrachín”, “drogadicto/a”, se conjugan en la construcción social de una identidad que deviene en negativa, de la cual se les hace muy difícil desprenderse y los/as aleja de los servicios asistenciales.

En las mujeres el sentimiento de culpa, por “*no haber cuidado como ‘debían’ a sus hijos/as*”, por no ser un buen ejemplo, por no “*cumplir*” con los mandatos tradicionales de género. Sienten que perdieron valores, aquellos valores que se asocian a una “*buena*

madre". En muchos casos intentan ocultar el consumo para que no les quiten la tenencia de sus hijos/as, atentando contra el inicio de tratamiento.

Asimismo, son rechazadas, denigradas, agraviadas por sus familiares, parejas e hijos/as por su condición de usuarias. Registramos toda una serie de discriminaciones que recaen sobre ellas (al ser catalogadas como mujeres fáciles, sucias, descuidadas, etc.). Por todo esto ubican en última instancia la consulta por el propio uso de sustancias.

El inicio de tratamiento se enmarca luego de un período de consumo intensivo, en este contexto la concurrencia al Hospital opera como un espacio de "*rescate*", resguardo frente a la participación en escalada en situaciones de riesgo, recurriendo a los servicios de atención especializados para estar "*guardados/as*" un tiempo, o para disminuir la intensidad con que venían consumiendo y de ese modo poder desintoxicarse.

Notamos que las mujeres concurren a tratamiento en una proporción de 1:4 respecto de los hombres. Además demoran más años en hacer la primera consulta, pero una vez que inician el tratamiento pudo observarse que abandonan menos que los varones.

En cuanto a la gestión del tratamiento en este trabajo pudimos identificar barreras de accesibilidad de tipo institucional/organizacional, en la relación trabajador/a de salud-paciente y las que desde el equipo profesional refieren como relativas a los/as "pacientes".

A continuación señalaremos los aspectos sobresalientes de cada una de ellas.

Con respecto a las ***barreras de accesibilidad institucional/organizacional*** los/as profesionales identificaron principalmente las listas de espera y las restricciones horarias, en un sólo caso aludieron a la escasez de servicios de internación y media internación que reciben mujeres. Como pudimos indagar del total de plazas disponibles, sólo un 5 % en Argentina y un 10 % en la provincia de Buenos Aires están destinadas para mujeres.

Una situación grave que observamos y que se constituye en una forma de exclusión, que conlleva un claro ejemplo de inequidad en el acceso a la salud y a la atención, es que las mujeres no son admitidas en el dispositivo de media internación del Hospital. Este modo de desigualación producida desde la misma institución, no sólo no es visualizado como tal por el equipo terapéutico del nosocomio, sino que al indagar al respecto, se hizo referencia a que "*la última usuaria que había estado en tratamiento allí, había generado conflictos entre los pacientes*". El hecho de ubicar a la mujer como peligrosa, como generadora de disputas entre los hombres, reproduce la visión tradicional de género. Lejos de concluir en que dicha usuaria fuera la causante de los conflictos del tratamiento, hay que advertir que el equipo de salud no se encuentra especializado en un enfoque que contemple la perspectiva de género que le permita manejar un tratamiento mixto y evaluar las diferencias de género que se traducen en modalidades diferenciales en la motivación para el inicio y continuidad en el consumo, la historia y trayectoria de ingesta de sustancias, así como los modos en que cada género gestiona la atención por uso problemático de drogas.

En consecuencia las mujeres y otras expresiones genéricas desigualadas, reciben menos ayuda, tienen a su disposición menores ofertas terapéuticas, por ello son las que sufren mayores dificultades para el acceso inicial y ampliado a tratamiento por consumo de drogas.

En el mismo sentido, desde los/as consultantes, algunas mujeres plantearon la escasez de dispositivos pensados y dirigidos exclusivamente a ellas, salvo los espacios de terapia individual que, como vimos tampoco son diseñados atendiendo a las características diferenciales de género. Al igual que para los varones los dispositivos individuales tampoco se contempla una perspectiva de género que desnaturalice los *modos de subjetivación tradicional masculina* donde la violencia y la exposición a situaciones de riesgo atenta contra su salud y la de otros/as.

La incorporación de las usuarias en los espacios grupales mixtos de ingreso al tratamiento, donde la relación hombre-mujer era de 9:1, les generaba perplejidad, vergüenza y rechazo, al quedar expuestas y tener que contar sus experiencias a una mayoría de varones, siendo que en las primeras etapas del tratamiento es uno de los momentos donde necesitan mayor contención.

En otro orden de cosas, un aspecto recurrente que los/as entrevistados/as destacan, es la connotación positiva de la atención individual, con un/a psicólogo/a a cargo del caso y psiquiatra para los casos en que el equipo asistencial evalúa pertinentes, pudiendo acceder o no a otras prestaciones de acuerdo a los intereses, necesidades y consentimiento de los/as “pacientes”.

Sin embargo, al realizar un análisis detenido sobre esta modalidad de atención, consideramos que, el hecho de que el equipo terapéutico no apele a la red social cercana para acompañar el proceso, para situar la complejidad en el seno del grupo y evaluar la estructura en donde se despliega el consumo, ubica la problemática en el plano individual. Desde el punto de vista de la evaluación de la integralidad dijimos que si bien la salud es concebida como un concepto tanto individual como colectivo, el modelo de intervención es mayormente individual. Asimismo se excluyen por ejemplo aspectos tan importantes como los socioeconómicos y culturales.

Esto trae como consecuencia que el/la usuario/a sea el protagonista para tratar de resolver los conflictos, muchas veces de índole social-estructural, familiar, laboral, con un modelo teórico que coloca en el/la sujeto/a el origen de los malestares y padecimientos, y en consecuencia también la responsabilidad del éxito o no del tratamiento.

Por ejemplo, en el caso de las mujeres y niñas/os, las situaciones de violencia de diferente tipo, sufrimiento, etc., se presentan en mayor medida al interior de su núcleo familiar, teniendo escaso poder dentro del mismo para enfrentar tales circunstancias. Por lo cual, consideramos que es prioritario encontrar alternativas terapéuticas con un enfoque relacional, que permitan instituir nuevos modos de vincularse al interior de las familias, empoderando a las mujeres, pero atentos/as a los efectos que pueda producir en quienes mayoritariamente detentan el poder (generalmente los hombres) intragrupo, para no suscitar nuevas violencias motivadas por las intervenciones. Es preciso desandar los modos tradicionales del género, las violencias interpersonales, las desigualdades de poder, y ello no se logrará operando sobre un sólo integrante de la familia.

Desde la lógica terapéutica centrada en lo individual, recaerá sobre el/la mismo/a consultante toda una serie de responsabilidades para resolver el padecimiento como si fuera de origen orgánico y/o exclusivamente psíquico, siendo que en la mayoría de los casos son complejos donde intervienen factores psíquicos, vinculares, sociales,

culturales y estructurales, por lo tanto consideramos que, la intervención desde lo colectivo es más adecuada.

Además de las dificultades para implementar un tratamiento con perspectiva de género, como venimos señalando, otra de las mayores barreras de orden institucional que identificamos es la poca atención que se le presta a los factores estructural-económicos en la experiencia de los/as usuarios/as, cómo las estructuras estructuran los cuerpos, organizan esas disposiciones del *habitus*. Al ocultar, negar las desigualdades se forma parte de las estrategias biopolíticas de dominio. El no ponerlo en palabras, en relato, invisibiliza las relaciones de poder, de allí el riesgo de iatrogenia.

Barreras relativas a la relación trabajador/a de salud-consultante.

Un problema que perciben los/as trabajadores/as de la salud, puede estar asociado a las resistencias, más o menos explícitas, de los/as usuarios/as sobre las pautas del modo, momento y lugar donde debe ser abordada la atención. Por ejemplo, respecto a cuándo los/as consultantes consideran que tienen una urgencia para ser atendidos/as, o cuándo están preparados/as para finalizar el tratamiento. Las transgresiones, innovaciones y otras prácticas disruptivas utilizadas por los/as consultantes generan desajustes en las prácticas instituidas de los/as especialistas. Poniéndose en juego, complejos sistemas de disciplinamiento y control social.

En un sentido similar, un elemento no menor que pudimos identificar, es la divergencia existente en las representaciones que tienen por un lado los/as usuarios/as de sustancias y por otro los/as trabajadores de la salud en cuanto a las concepciones del proceso de salud/enfermedad en la problemática de los consumos de drogas y alcohol y los objetivos o metas buscados por ambos grupos a través del tratamiento.

Como discutimos en extenso en la tesis, la falta de acuerdo entre los/as profesionales sobre los objetivos hacia dónde apuntan los tratamientos, consideramos atenta hacia el ejercicio de una ciudadanía plena por parte de los/as usuarios/as del servicio. Según lo expresado por los/as profesionales, no existe normativa explícita, criterios de cumplimiento de objetivos mínimos que puedan ser esclarecidos a los/as pacientes, cada profesional maneja sus propias pautas respecto a objetivos de tratamiento, de seguimiento e inclusive de los requisitos para egresar del mismo. Es claro que si no está establecido por el equipo, menos será transmitido a los/as pacientes.

Consideramos que el conocer las etapas, metas, intenciones del proceso terapéutico radica en el hecho que habilitaría a los/as usuarios/as a realizar elecciones informadas de acuerdo a sus necesidades concretas de salud, de lo contrario la imprevisibilidad objetiva de los requisitos para gestionar el tratamiento se traduce en sentimientos de impotencia y resignación o al extremo, en una actitud vertiginosa de resistencia o abandono del tratamiento. Como señalamos al comienzo del capítulo, la Ley de Salud Mental contempla el “derecho a ser informado/a de manera comprensible de los derechos que lo/a asisten y todo lo inherente a su salud y tratamiento” (Art. 7 inc. j.).

En el mismo sentido, la visión del equipo asistencial, respecto a considerar la cronicidad de la adicción y no que el consumo intensivo sea evaluado como una circunstancia en la vida de una persona, sostenemos que se sustenta en una concepción estática de salud-enfermedad respecto al uso de drogas. En ella convergen moralidades, perspectivas

teóricas e ideológicas, prácticas terapéuticas que dejan fijos al/la sujeto/a, que le sujetan, le quitan toda capacidad de agencia. Y que tienden a la normalización y producción de nuevos tipos de individuos. Un ejemplo de ello es la noción de “cambio de la posición subjetiva”, la cual opera como un poder disciplinario, es decir, que a partir de esta noción se sustenta la lógica de sujeción, en el sentido de que modificar la adicción sería entonces modificar al/la sujeto/a. Desde una economía política moral que busca normalizar lo desviado, se instalan distintas técnicas para la conformación de nuevas subjetividades. Al buscarse un ideal de sujeto: “los pacientes divinos” y no los que “son un caño”, y no encontrarlos/as, trae como consecuencia la frustración de los/as profesionales y la confirmación una y otra vez de la casi inevitabilidad de lo incurable de “la problemática”, es decir, que se termina reafirmando la visión hegemónica respecto a la cronicidad del proceso de adicción.

Constatamos que esta persona ideal como objetivo del tratamiento presenta su límite en la escasa cantidad de altas institucionales otorgadas.

Nuevamente la ley de salud mental sostiene el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

Como el árbol que tapa el bosque, al estar preocupados/as los/as profesionales en el “caso por caso”, se disipa la lectura que permitiría diseñar dispositivos acordes con las características de las mujeres y los varones que concurren a tratamiento. Esto puede deberse a que es prácticamente nula la formación académica de grado y/o posgrado sobre la perspectiva de género y en salud colectiva (o salud pública) de manera que permita reconocer las inequidades dispensadas desde los servicios de salud, y que ampliamente es recomendada por los tratados y organismos internacionales.

El trabajo en soledad, donde no sólo cada disciplina se ocupa de un aspecto de las problemáticas de los/as sujetos/as, sino que al interior de las especialidades cada profesional imparte una modalidad terapéutica propia, también atenta con la calidad de atención.

Con respecto a las *barreras de accesibilidad ampliada relativa a los/as usuarios/as*, el equipo identificó por ejemplo la divergencia entre las percepciones y sentimientos que los/as consultantes tienen de los estados de malestar/bienestar, salud/enfermedad, padecimiento, sufrimiento/placer, por lo cual lleva a los/as usuarios/as a abandonar el tratamiento. Esto se asocia también con las formas de acercamiento a la institución, en muchos casos involuntarias, ya sea por presiones familiares o por disposición judicial.

En contados casos el equipo reconoce factores económicos, culturales, sociales que inciden en el sufrimiento de los/as usuarios/as, sin embargo no se abordan de manera integral ni interdisciplinaria.

También las situaciones de estigmatización que vivencian los/as consumidores/as son generalizadas cuando la ingesta deviene en problemática o cuando se aparta de la “normalidad”, es importante destacar que los costos sociales que tiene el consumo para unos y otras son diametralmente opuestos. En este sentido, las experiencias traumáticas que viven las mujeres de relaciones violentas y abusivas son frecuentes. Como vimos aquí cerca del 80% de las usuarias entrevistadas han tenido historias de abusos y violencia doméstica ya sea física o psíquica y éstas se perpetúan aun cuando han abandonado el consumo.

En el mismo plano, la dependencia económica y afectiva que ellas tienen con varones usuarios de drogas, que muchas veces también son quienes le proveen las sustancias, atenta contra las posibilidades de “rescatarse” del consumo, por miedo a ser abandonadas e incluso violentadas para que no estén “caretas”.

Por otro lado, aquellas mujeres socializadas en el modo tradicional del patriarcado cuyo rol se vincula con el ámbito doméstico, relegaron su vida al cuidado de la familia, la casa, y concedieron lugar al hombre para que domine el ámbito público y sea el proveedor familiar. Sin embargo, al alejarse ellas de las expectativas de género como mujer=madre, protectora, sumisa, que vive por y para los demás, e incursionar en la ingesta excesiva de tóxicos, son rechazadas por la “abdicación” de sus roles de género. Mientras que, aquellas mujeres que además consumen sustancias ilegales, son doblemente rechazadas por su acercamiento a la ilegalidad.

En relación al grado de acompañamiento de su red social cercana durante el proceso terapéutico, éste se muestra limitado. Las mujeres reciben mayores presiones que los varones para finalizar rápidamente los tratamientos, escasamente son acompañadas por sus allegados y se les exige que recuperen lo antes posible “sus roles” en el ámbito doméstico. Esto conduce a que ellas atiendan en última instancia sus problemas de salud e inicien más tardíamente el tratamiento.

Si bien, durante el trabajo de campo era muy común ver a las mujeres en la sala de espera, sin embargo, se trataba de las mujeres que acompañaban a los varones en el tratamiento, eran las parejas, madres, hermanas, amigas, etc. que asumían su función social de cuidadoras. Pero a la inversa, no se identificaron acompañantes varones, salvo los casos en los cuales ambos integrantes de la pareja estuvieran en tratamiento.

RECOMENDACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE USO DE SUSTANCIAS

Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias

Como planteamos anteriormente, hacer una lectura desde la perspectiva de género contribuirá a mejorar la equidad en el acceso, la accesibilidad ampliada y la recuperación de los/as usuarios/as y contribuirá a mejorar las condiciones de vida de los/as mismos/as al revertir las inequidades en la atención.

Teniendo esto presente, concluiremos proponiendo los objetivos y tareas prioritarias que consideramos necesarios para desarrollar una política pública de drogas con transversalidad y equidad de género.

1. En lo relativo al tratamiento coincidimos con aquellos trabajos (UN, 2005) que plantean la importancia de ofrecer programas amplios que sean sensibles al género y respondan a las necesidades diferentes de las mujeres y los varones: tener en cuenta las situaciones traumáticas y los trastornos conexos, a fin de brindar un tratamiento integral, diferencial para mujeres y varones según sus realidades y expectativas.
2. Establecer acuerdos al interior de los equipos y protocolos de atención, que permitan definir objetivos, metas, modalidades, técnicas, etc. en los complejos asistenciales, que brinden a los/as “pacientes” la posibilidad de conocer las implicancias del proceso terapéutico.
3. Definir criterios de máxima y mínima que permitan operativizar altas y derivaciones a servicios psicosociales, tendiendo a problematizar la noción de “patología crónica”.
4. Conformar equipos que aborden la atención interdisciplinariamente y transdisciplinariamente, y estén preparados para atender la multiplicidad de variables de forma conjunta, sin aislar los problemas del contexto vital, familiar, sentimental y relacional de los/as usuarios/as al igual que las relativas a género, generación, etnia y clase social.
5. Crear dispositivos de internación y media internación que atiendan específicamente la situación de las mujeres. Garantizar que exista oferta en todos los niveles de atención tanto para varones como para mujeres.
6. Adaptar los tratamientos a la presencia de los/as hijos en el proceso.
7. Incorporar como un objetivo de los tratamientos la desnaturalización de los mandatos tradicionales de género que atentan diferencialmente contra la salud de las mujeres y los varones.
8. Tradicionalmente la investigación sobre la cuestión mujer/drogas ha estado dominada por la conexión embarazo/drogas, o bien por la conexión psicopatología/drogas; estos enfoques parten de los roles tradicionales de género asignados a la mujer como madre, cuidadora, débil, sensible, etc., se hace necesario incorporar tanto a las investigaciones como a las políticas públicas, las dimensiones de reconocimiento, redistribución y poder (Fraser 1997; y Bonder 2003). Asimismo,

abordar la salud de la mujer integralmente como sujeta y no sólo durante el embarazo o el binomio materno-infantil.

9. Promover programas de prevención que no se orienten sólo al cambio de conductas individuales sino fundamentalmente al comportamiento colectivo, tanto familiar como institucional y comunitario y basados en el respeto de los derechos humanos de las personas.

10. Por último, consideramos necesario que las políticas de drogas superen las modalidades abstencionistas e incorporen políticas de reducción de daños en relación al consumo de sustancias psicoactivas. Esto permitirá mejorar la calidad de vida de los/as usuarios/as, así como la prevención de la infección por VIH/Sida entre consumidores/as y sus parejas sexuales.

Relevancia para la formación de recursos humanos en salud

1. Capacitar a los/as profesionales y trabajadores/as de la salud en la equidad en salud desde una perspectiva de género y de derechos, para la intervención oportuna, la asistencia y el asesoramiento adecuados a las/os usuarias/os de drogas y alcohol. Es necesario fortalecer sus conocimientos, elaborar normas y protocolos específicos de atención y establecer registros y sistemas de información eficaces.

2. Se recomienda la inclusión de la perspectiva de género y de la violencia de género en la currícula de los profesionales de la salud de pre y postgrado.

3. Crear y capacitar equipos interdisciplinarios con competencias específicas y adecuadas para trabajar nuevos abordajes, especialmente con amplia inserción comunitaria. Profundizar su capacitación sistemática y sostenida para una atención humanizada y con perspectiva de género.

4. Capacitar a los equipos en técnicas de terapias breves y familiares, ya que son numerosas las evidencias que demuestran un mejoramiento sustancial en aquellos/as usuarios que fueron tratados con estos dispositivos.

5. Percibimos falta de concientización en nuestra sociedad, sobre los sesgos opresivos de género prevaletentes, por lo cual, debemos incorporar estrategias de sensibilización y capacitación sobre género: concientizando permanentemente a decisores/as políticos/as, prestadores/as de salud, ONGs, redes y organizaciones comunitarias sobre cómo el género afecta las políticas y cómo estas políticas afectan las vidas de las personas. Esto permitirá promover el acceso de las y los usuarios/as de drogas a servicios e instancias de prevención primaria y secundaria adecuadas a sus necesidades, recursos e intereses. Asimismo, sensibilizar al público en general a través de los medios de comunicación.

Relevancia para la investigación en salud

1. Promover la realización de estudios epidemiológicos sistemáticos y comparables a nivel nacional y provincial que incorporen la perspectiva de género, y promover la participación de organizaciones de mujeres en su planeamiento y ejecución.

2. Profundizar los estudios sobre acceso a tratamiento, fundamentalmente en las primeras semanas de concurrencia de los/as usuarios/as, aplicando por ejemplo sondeos de satisfacción del/la usuario/a, y técnicas etnográficas a fin de identificar factores que afectan en la accesibilidad inicial.
3. Evaluar cuanti y cualitativamente la incidencia que tiene la violencia de género en el proceso de alcoholización y drogadicción.
4. Monitorear los programas de atención de adicciones conjuntamente entre los niveles gubernamentales y no gubernamentales y difundir las conclusiones de dicha evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida Filho, Naomar y Maria Zélia Rouquayrol (2007). *Introducción a la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Aguirre Beltrán, G. (1992). Nace la Antropología Médica. En: Campos Navarro, R. comp. *La Antropología Médica en México*. Universidad Autónoma de México, DF México.
- Alegre, Rodrigo y Delfino Emilia (2011) *La ejecución. La historia secreta del triple crimen que desnudó la conexión con la mafia de los medicamentos y la recaudación de la campaña K*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Almeida Célia. (1997); Crise económica, crise do Welfare State e Reforma Sanitária. En: Gerschman S, Werneck Viana ML (orgs.). *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto de globalização*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 177-200.
- Alves, P., (1993); A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9: 263-271.
- Anderson, E. (1990) *Streetwise*. Chicago: University of Chicago.
- Aureano, Guillermo (1997). *La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire. Un cas de Citoyenneté à Base Intensité*, Thèse (Ph.D.) Département de Science Politique. Faculté des Arts et des Sciences, Montréal, Université de Montréal.
- Ase, Ivan y Buriyovich, Jacinta. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva*, 5(1), 27-47. Recuperado en 30 de marzo de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es&tlng=es.
- Bacelar, Daniel (2006); Comunidad Terapéutica: desafíos actuales. En: *SADA*, 2006. *Operador socioterapéutico y de calle. Introducción a la problemática de las adicciones*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Balbi, Fernando y Boivin, Mauricio; (2008). La perspectiva etnográfica en los estudios sobre política, Estado y gobierno. En: *Cuadernos de Antropología Social* N° 27. Buenos Aires: FFyL-UBA, p. 7-17.
- Baratta, A. (1993); Introducción a una sociología de la droga. Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias. En: *Revista Jurídica* N° 7. Guayaquil: Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Bartolomé, Miguel Alberto (2003). En defensa de la etnografía. El Papel contemporáneo de la investigación intercultural. En: *Revista de Antropología Social* N° 12. p.: 199-222.
- Bialakowsky Alberto L.; Ernestina Rosendo; Roxana Crudi; Mónica Zagami; Cristina Reynals; Ana Laura López y Nora Haimovici (2006). La violencia del método institucional en el continuum de exclusión-extinción social. En: *Subjetividad y procesos cognitivos 2006*, Pág. 69-91.

- Blajaquis, Camilo; (2011). *La venganza del cordero atado*. Buenos Aires: Ediciones Continente.
- Bonder, Gloria (1999). Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. En: *Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas*. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Universidad de Chile. Santiago de Chile - LOM Ediciones. p.: 29-55.
- Bourdieu, Pierre ; (1982). *Leçon sur la leçon*. París: Editions de Minuit.
- Bourdieu, Pierre, Jean Claude Chamboredon y Jean Claude Passeron; (2004). *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre. y Wacquant, Loïc; (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Bourdieu, Pierre; (1995). *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre; (1997). Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático. En: *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre; (1997). *Razones Prácticas: sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Pierre Bourdieu. 1999 [1997]. *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bourgois, Philippe (2003); Crack and the political economy of social suffering. En: *Addiction Research and Theory*, 2003, Vol. 11, N° 1, pp. 31-37.
- Bourgois, Phillippe (1989). Crack in Spanish Harlem: Culture and Economy in the Inner City. En: *Anthropology Today* 5:4:6-11.
- Bourgois, Phillippe (1998). The moral economies of homeless heroin addicts: confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting encampments. En: *Substance abuse and misuse*: 33 (11), 2323-2351.
- Bourgois, Phillippe (2004). Crack-cocaína y economía política del sufrimiento social en Norteamérica. En: *Monografías Humanitas* 5: 95-103.
- Bourgois, Phillippe (2008). The Mystery of Marijuana: Science and the U.S. War on Drugs. En: *Substance Use & Misuse*. 43:581-583.
- Bourgois, Phillippe (2010). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo XXI. 424 p.
- Broahead, Robert S. and Kathryn J. Fox (1990); Takin'it to the streets. AIDS outreach as ethnography. *Journal of contemporary ethnography*. Vol 19, N° 3. 322-348.
- Burin, Mabel; Moncarz, Esther y Velázquez, Susana (1990); *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Ed. Paidós. Pag. 240.
- Bustelo Graffigna, Eduardo (2005); Estado de indefensión. En: *X Congreso de la Sociedad de Pediatría Argentina*, Junio 2005.
- Bustelo, Eduardo S. (1992). La producción del Estado de Malestar. Ajuste y Política social en América Latina. En: Minujin, A., (comp) *Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires: UNICEF-Losada.

- Bustos, Lucas Andrés (2009). El lugar de las mujeres pobres: el caso de las beneficiarias de planes sociales. En: *Aljaba* [online], vol.13 [citado 2013-01-20], Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042009000100005&lng=es&nrm=iso>.
- Calabrese, Alberto (1989). Modelos preventivos en América Latina. En: *Modelos preventivos en uso indebido de drogas. Curso de adiestramiento e investigación*. Buenos Aires: Fundación CONVIVIR, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Calabrese, Alberto; Carballeda, Alfredo; Gliogliotti, Bernardo Y Touzé, Graciela (1985). *La prevención primaria de la farmacodependencia desde F.A.T.* Buenos Aires: FAT.
- Calveiro, Pilar (2012). *Violencias de Estado. La guerra antiterrorista y la guerra contra el crimen como medios de control global*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Camarotti, Ana Clara (2009); *Resumen Ejecutivo. Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en respuestas sociosanitarias a los consumos problemáticos de drogas*. Buenos Aires: FISA. Comisión Nacional Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud de la Nación.
- Camarotti, Ana Clara (2007). “Los jóvenes y las diferentes etapas del consumo de drogas”. En: Kornblit, A. L. (coord.); En: *Juventud y vida cotidiana*. 1° Ed. Buenos Aires: Biblos. P. 87-101.
- Camarotti, Ana Clara; Güelman, Martín; Azparren, Ana Laura; Jones, Daniel; Di Leo, Pablo Francisco. (2015). Respuestas religiosas y espirituales a los consumos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires: perspectivas y prácticas de actores institucionales. En: *Actas de las Segundas Jornadas de Sociología de la UNCuyo, Mesa de trabajo N° 30: Uso problemático de drogas: políticas, prácticas y saberes*. Mendoza; Universidad Nacional de Cuyo.
- Cardoso de Oliveira, Roberto (1998) *O trabalho do antropólogo*. São Paulo, Paralelo 15 y Editora Universidade Estadual Paulista.
- Castel, Robert y Anne Coppel (2004) “Los controles de la toxicomanía”. En: Ehrenberg, A. *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva visión. pp. 221-238.
- Castro, Arachu y Paul Farmer (2003). El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. En: *Cuadernos de Antropología Social N° 17*, pp. 29-47.
- Castro, R., 1995. “The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study”. *Social Science and Medicine*, 41:1005-1021.
- CE.NA.RE.SO. (1986) *Caracterización del perfil de la demanda y tendencia del uso indebido de drogas detectadas en el Centro Nacional de Reeducación Social. 1er. Semestre de 1984*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- CEPAL (2004). *Panorama social de América Latina 2004*. Santiago de Chile: División de Desarrollo Social y la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL. Naciones Unidas.
- Cerrutti, Marcela (Coord.), Sergio Caggiano y Laura Mombello (colls.); (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*; Buenos Aires:

- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD; Centro de Estudios de Población - CENEP; UNFPA Argentina.
- Chiarotti, Susana (2010). *Derechos humanos de las mujeres. Recursos y mecanismos de reclamo y monitoreo*. Instituto de Género, derecho y desarrollo. Rosario, Argentina.
 - Clements, F. E. (1932). Primitive concept of disease, En: *Publications in Archeology and Ethnology*, 32. Berkeley University of California.
 - Comelles, Josep M. (2000). “De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual”. <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm>
 - Comelles, Josep M. y A. Martínez (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid, Eudema.
 - Comes, Y. (2003). *Accesibilidad: una revisión conceptual*. Documento laboris, proyecto de investigación “Equity and decentralization: accessibility of poor families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires city”. Buenos Aires: International Development Research Center of Canadá.
 - Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja (2009); *Documento Oficial del Comité sobre los usuarios de drogas y las políticas para su abordaje*.
 - Connell, Robert (1987). *Gender and Power: society, the personal and sexual politics*. Stanford: Stanford University Press.
 - Connors, M. (1995) The Politics of Marginalization: The appropriation of AIDS prevention messages among injection drug users. En: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19: 425-452.
 - Connors, Margaret M. (1995). The politics of marginalization: the appropriation of AIDS prevention messages among injection drug users. En: *Culture, Medicine and Psychiatry* N° 19: 425-452.
 - Conrad, P. y Scheneider , J. W. (1980). *Deviance and Medicalization*. CV, Mosby, St. Louis.
 - Conrad, Peter (1982). "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En: Ingleby, D. *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica.
 - Cook, Thomas D y Charles S. Reichardt (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Ediciones Morata S.A.
 - Corte Suprema de Justicia de Argentina (2009) “*Fallo Arriola y otros*”. A. 891. XLIV. RECURSO DE HECHO. Arriola, Sebastián y otros s/ causa n° 9080.
 - Cosecha Roja (2014) *Viaje al infierno del usuario: dos semanas monitoreando causas por drogas*. Red de Periodistas Judiciales de Latinoamérica. 11 de septiembre de 2014. <http://cosecharoja.org/> (consultado junio de 2015).
 - Costa, Ana Maria (2009). Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. En: *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp.

1073-1083. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>. Consultado el 20/8/2013.

- Costa, Ana Maria; Edgar Merchán Hamann e Débora Tajer (organizadores) (2000). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 304 p.
- Courtis, Christian (2006). Apuntes introductorios. En: Courtis, Christian, (comp) *Ni un paso atrás: la prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*. Buenos Aires: Editores del Puerto. P. 3-52.
- Cuadras, Carles M. (2007) *Nuevos métodos de análisis multivariante*. CMC Editions.
- DAS, Veena y POOLE, Débora. 2008. “El Estado y sus márgenes. Etnografías comparadas”. En *Cuadernos de Antropología Social* N° 27. FFyL-UBA, Buenos Aires, p.19-52.
- De Munck, J. (1996). “La consommation de drogues dans le conflit des normes”. En: Ehrenberg, A. (dir.), *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*. *Communications* n° 62. París: École des Hautes Études en Sciences Sociales-Centre d'Études Transdisciplinaires (Sociologie, Anthropologie, Histoire).
- De Vedia, Pablo (2006); “Criterios de admisión y derivación de la Red de Atención”. En: *SADA, 2006. Operador socioterapéutico y de calle. Introducción a la problemática de las adicciones*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Durkheim, Émile (1933 [1893]). *The division of labor in society*, Free Press, Nueva York.
- Elichiry, Nora (1987) La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de nuevas metodologías transdisciplinarias. En: *El niño y la escuela*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Epele, María (1997). La lógica del (auto)cuidado y sus consecuencias en la institucionalización médica del vih-sida. En: *Actas del V Congreso Argentino de Antropología Social*, Parte 2, pp. 214-219, la Plata.
- Epele, María (2002) Gender, Violence and HIV. Women Survival in the Streets. En: *Culture Medicine and Psychiatry* Febrero de 2002, Vol. 26 N° 1: 33-54.
- Epele, María (2003). Changing Cocaine Use Practices: Neo-liberalism, HIV/AIDS, and Death in an Argentina Shantytown. En: *Subst Use Misuse* 38(9): 1189-1216.
- Epele, María (2009). Cuerpo, consumo y sujeción: las paradojas del deseo en el estudio del género entre usuarios de drogas. En: Grimberg, Mabel (edit) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Epele, María (2010). Género, parejas e intimidad. En: *Sujetar por la Herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós (Tramas sociales).
- Epele, María E. (2008). “Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina”. En: *Antípoda* n° 6 enero-junio de 2008 p. 293-312. ISSN 1900-5407.
- Epele, María Ester (2008). “Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos”. En: Cannellotto, Adrián - Erwin

- Luchtenberg (coordinadores). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires, UNSAM Edita.
- Epele, María Ester (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós. Tramas sociales. 296 p.
 - Epele, María y Pecheny, Mario (2007). Harm reduction policies and criminalization in Argentina: A critical view, En: *Global public health journal*, Vol. 2, N° 4. Pp. 1644-1692.
 - Evans-Pritchard, E.E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford University Press.
 - Farmer, Paul (2000). Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. En: *Papeles de población*. Enero Marzo, N° 23, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, pp. 181-201.
 - Farmer, Paul (2003). *Pathologies of Power*. California: University of California Press.
 - Ferguson, James y Gupta, Akhil; (2002). Spatializing States, towards an ethnography of neoliberal governmentality. En: *American Ethnologist*, Vol. 29, 4, p. 981-1002.
 - Fernández, Ana María (1989) *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
 - Fernández, Ana María (1993). *La Mujer de la Ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
 - Fernández, Ana María (2009). *Las lógicas sexuales: amor política y violencia*. Buenos Aires: Nueva Visión. 224p.
 - Fernández, Ana María (2013). Clínica y crítica. Desafíos psicoanalíticos frente a vínculos y subjetividades actuales. En: *Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, Tomo XXXVI, 2013, pp 83-109.
 - Fernández, Ana María (2014) “Nuevos estilos de sufrimiento”. En: *Página 12*. Sección Psicología. El psicoanálisis ante los cambios sociales y culturales. (consultado el 29/8/2014) <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-253999-2014-08-28.html>.
 - Forni, Floreal; Gallart, María Antonia e Irene Vasilachis de Gialdino (1992). *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina S.A..
 - Forrest, E. Clements (1932). *Primitive concepts of disease*. Berkeley: University of California press.
 - Foucault, Michel (1981-1982). Las redes de poder. En: *Revista Barbarie* N° 4 y 5 – San Salvador de Bahía, Brasil.
 - Foucault, Michel (1989) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores S.A. pp.: 320.
 - Foucault, Michel (1993). El juego de Michel Foucault. En: *El discurso del poder*. Ed. Folios. Buenos Aires.
 - Foucault, Michel (2011) *Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres*. 2° ed. 2° reimp. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

- Foucault, Michel (2012); *El poder psiquiátrico*. 1° ed. 3° reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franzé Mudanó, Adela (2013) Perspectivas antropológicas y etnográficas de las políticas públicas. En: *Revista de Antropología Social* N° 22. P. 9-23.
- Fraser, Nancy (1997); “Redistribución, reconocimiento y participación: hacia un concepto integrado de la justicia”. En: *Iustitia interrupta. Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Fraser, Nancy (2008); La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. En: *Revista de Trabajo*, Año 4, N° 6. Agosto-Diciembre 2008.
- Frieria, Silvina (2010). Es más peligroso un pibe que piensa que un pibe que roba”, en *Página /12*. Sección “Cultura y Espectáculos”. 18 de Octubre 2010.
- Galante, Araceli; Pawlowicz, María Pía.; Rossi, Diana; Corda, Alejandro; Touzé, Graciela; Goltzman, Paula (2012). “El fallo Arriola. Debate en torno a la desjudicialización de la atención sanitaria de los usuarios de drogas”. En: *Revista de Pensamiento Penal*, Ed. 150 - 3/12/12. [Consultado 12 de septiembre de 2013]. <http://new.pensamientopenal.com.ar/sites/default/files/2012/12/ddhh04.pdf>
- Galante, Araceli; Pawlowicz, María Pía; Moreno, Daniel; Rossi, Diana; Touzé, Graciela. (2010) “Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado?. El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires”. En: *Norte de salud mental*. Vol. VIII, N° 36: 24-34.
- Giddens, A. (1984); *La constitución de la sociedad*. Universidad de California, Berkeley, California.
- Glaser, Barney G. y Anselm, L. Strauss. (1967). “El método de comparación Constante de Análisis Cualitativo”. En: *The discovery of grounded strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.
- Goldner, Virginia (1991) "Toward a critical relational theory of gender". *Psychoanal. Dial.* 1, 1991, pp. 249-272. Citada por Jessica Benjamin, en "In Defense of Gender Ambiguity". En: *Gender & Psychoanalysis*, vol. 1, núm. 1, enero 1996.
- Gómez Gómez, Elsa; (2002). “Equidad, género y salud: retos para la acción”. En: *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(5/6), pp. 454-461.
- Grimberg, Mabel, Susana Margulies y Santiago Wallace (1997) *Construcción Social y Hegemonía. Representaciones médicas sobre el sida. Un abordaje antropológico*. En: Kornblit Ana Lía (comp.). *Sida y Sociedad*, Buenos Aires: Ed. Espacios, Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Guber, Rosana (2004). *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Paidós.
- Guber, Rosana. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Guiddens, Anthony (1984). *The constitution of society*, University of California Press.

- Guzmán, Virginia (2009). *Seminario “Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de equidad de género”*. Documentos teóricos de Unidades 1, 2, 3, 4. Buenos Aires: PRIGEPP-FLACSO.
- Hill, S., (1980). *Demystifying Social Deviance*, Mc’Graw Hill, New Cork.
- Ilich, Iván (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Isacson, Adam (2010). *Si el Plan Colombia es un éxito, ¿qué es un fracaso?*. En: Razón Pública, <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/1191-si-el-plan-colombia-es-un-exito-ique-es-un-fracaso.html>. Consultado noviembre de 2014.
- Isla, Alejandro y Daniel Míguez (2004). De las violencias y sus modos. Introducción. En: *Heridas urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa*. Buenos Aires: Editorial de las ciencias. p. 7-32.
- Isuani, Ernesto Aldo “El Estado de Bienestar Argentino: un rígido bien durable” en *Politikos* N° 12, octubre de 2009. Universidad Católica de Santa Fé, Santa Fé. p. 35-72.
- Isuani, Ernesto Aldo y Mercer, Hugo (1988). *La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor América Latina – Biblioteca Política Argentina, N° 241.
- Isuani, Ernesto Aldo. (1985) La universalización de la seguridad social en América Latina. Límites estructurales y cambios necesarios. En: *Desarrollo Económico* n° 97, abril/junio.
- Jacobson, M., Hacker, G., y Atkins, R. (1983). *The booze merchants*. Center for Science in the Public Interest, Wasington, D.C.
- Jelín, Elizabeth (1998). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Fondo de Cultura Económica.
- Kessler, Gabriel (1996). Empobrecimiento y salud: nuevos riesgos, condiciones de acceso y exclusión, En: Findling, Liliana, Mendes Diz, Ana María (Comp.) *La Salud en Debate*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Oficina de publicaciones del C.B.C., Universidad de Buenos Aires.
- Kessler, Gabriel (2003). Redefinición del mundo social en tiempos de cambio. Una tipología para la experiencia de empobrecimiento. En: *Desde Abajo. La transformación de las identidades sociales*. Editorial Biblos y Universidad de General Sarmiento.
- Kessler, Gabriel (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Kessler, Gabriel. (2006). *Sociología del delito amateur*. Buenos Aires: Paidós. Tramas Sociales.
- Kitterie, Nicholas (1971). *The right to be different*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Koester, Stephen (1994). *Context of risk: ethnographic contributions to the study of drug user and HIV*. US Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Research Monography 143: 202-217.

- Koester, Stephen (1995). *Applying the methodology of participant observation to the study of injection related HIV risks*. NIDA 157: 84: 99.
- Kornblit, A. L.; Camarotti, A. C.; Di Leo, P. F.; Verardi, J. (2011) Modulo 1. La construcción social de la problemática de drogas. En: *Módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA - UNICEF Argentina.
- Kornblit, Ana Lía (Coord.); (2004). *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Editorial Biblos. 174 p.
- Kornblit, Ana Lía et al. (1989). *Estudios sobre drogadicción en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Kornblit, Ana Lía. (Coord.); (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Krieger, Nancy (2002). Glosario de epidemiología social. En: *Revista Panamericana de la Salud Pública*. 11 (5/6). p.: 480-490.
- Labrousse, Alain (1993). *La droga, el dinero y las armas*. Siglo XXI editores.
- Labrousse, Alain (2011). *Geopolítica de las drogas*. Buenos Aires: Marea editorial. p. 112.
- Lamas, Marta. (2003) “Género: claridad y complejidad”. Consulta en: http://www.yorku.ca/hdrnet/images/uploaded/un_genero%20lamas.pdf
- Lambert, E. and Wibel, W. (1990) Introduction. En Elizabeth Y. Lambert (Ed.) *The collection and Interpretation of data from Hidden Populations*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 98. DHSS publication number (ADM) 90-1678, Washington, DC. pp. 1 – 3.
- Laurell, Asa Cristina (2000). Globalización y reforma del Estado. En: Ana Maria Costa, Edgar Merchán Hamann y Débora Tajer (organizadores) *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasilia: Editora Universidade de Brasília.
- Laurell, Asa Cristina. (1994) Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Organización Panamericana de la Salud. *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington, DC, OPS, 1994. P.1-12. (Desarrollo de Recursos Humanos, 101).
- Ledergerber Crespo, Paulina (1977). El uso de la coca durante el período de Desarrollo Regional en el Ecuador. En: Meggers, B.J. (Eds.) *Prehistoria sudamericana*. Nuevas perspectivas: 369-381, Santiago de Chile, Taraxacum.
- Lejtman, Román (1993). *Narcogate. Historia inédita de las relaciones de la familia del presidente y sus amigos con el lavado de dólares*. Buenos Aires: Editorial Sudamérica.
- Maffia, Diana; Colace, P. y Lerena, S. *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. CABA: Legislatura CABA, 2011.
- Margulies, Susana, Barber, N. y M.L. Recoder, (2006); “VIH-SIDA y “adherencia” al tratamiento. Enfoques y perspectivas”. En: *Revista Antípoda* nº 3, julio-diciembre de 2006, páginas 281-300.

- Marradi, Alberto; Archenti, Nélica y Juan Ignacio Piovani, (2007); *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé Editores. p. 328.
- Marshall, A (1985). *Gasto público y servicios sociales, su performance entre 1976 y 1983*. Buenos Aires: FLACSO.
- Marx, Karl (1986) [1857]. *Cuaderno M*. México: Ed. Siglo XXI.
- Medina Mora, María Elena, et. al (2002) Estudio de poblaciones ocultas y de difícil acceso. En: *Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones*. México: CONADIC. P: 101-112.
- Menéndez, Eduardo Luis (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. En: *Desarrollo Económico*, Vol. 24, No. 96. (Jan. - Mar., 1985), pp. 593-604.
- Menéndez, Eduardo Luis (2006a); Introducción. En: *Participación Social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar editorial.
- Menéndez, Eduardo Luis (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. En: *Revista Nueva Antropología*, Vol. VII, N° 28, pp. 11-27. México.
- Menéndez, Eduardo Luis (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México D.F.: Editorial Patria S.A. 278 p.
- Menéndez, Eduardo Luis (1991) *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, Eduardo Luis (1994). “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. En: *Revista Alteridades*, Año 4 N° 7. Págs. 71-83. Iztapalapa, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, Eduardo Luis (1998). “Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado.” en En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 73. Rosario – Argentina.
- Menéndez, Eduardo Luis (1998). Alcoholismo: aportaciones y carencias del paradigma antropológico. En: *Trabajo Social y Salud* N° 31: 51-66.
- Menéndez, Eduardo Luis (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Menéndez, Eduardo Luis (2005a). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. En: *Salud colectiva*, v. 1, n° 1, abr. 2005. UNLA. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 15 oct. 2011.
- Menéndez, Eduardo Luis (2005b). Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales. En: *Salud Colectiva*, La Plata, 1(2): 195-223, Mayo - Agosto, 2005.
- Menéndez, Eduardo Luis (2006). Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. En: *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar editorial.

- Menéndez, Eduardo Luis (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial. p. 312.
- Menéndez, Eduardo Luis (2012). Violencias en México: las explicaciones y las ausencias. En: *Alteridades*. vol.22 no.43. México ene./jun. 2012.
- Menéndez, Eduardo Luis y René Di Pardo (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México DF: CIESAS.
- Menéndez, Eduardo Luis y René Di Pardo (1998). Violencias y alcoholismo. En: *Relaciones*. Vol XIX, N° 74: 35-72.
- Menéndez, Eduardo Luis y René Di Pardo (2001a) Alcohol y factores de vulnerabilidad: aspectos socioculturales. En: Grupo IGIA y col. *Gestionando las drogas*. FAD, Barcelona. Pp: 217-226.
- Menéndez, Eduardo Luis y René Di Pardo (2001b). Normalidad, riesgo y alcoholización: ¿Quiénes son realmente los sujetos vulnerables? En: *Trabajo social y salud* N° 39: 511-539.
- Menéndez, Eduardo Luis y René Di Pardo (2001c). Violencias alcoholizadas y relaciones de género. En: *Cuadernos Médico-Sociales*. N° 79, Rosario, Argentina. Pp.: 5-25.
- Mercado-Martínez, Francisco J. et al. (1999) “La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico”. En: *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n° 1, pp. 179-186. Consulta en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100018&lng=en &nrm=iso.
- Míguez, Hugo et al. (2006) *Estudio de consumo de pasta base en una villa de emergencia del conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pcia. Bs. As.
- Miller, B. A.; Nochasjky, T.H.; Leonard, K.; Blane, H.; Gondoli, D.; Bowers, P. (1990); “Spousal violence and alcohol/drug problems among parolees and their spouses”. En: *Women & Criminal Justice*. 1, 55-71.
- Minujin, Alberto (comp) (1992). *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. UNICEF/LOSADA.
- Minujín, Alberto y Cosentino, Estela (1996). Crisis y futuro del Estado de Bienestar. En: Minujín, A. (Ed.) *Desigualdad y exclusión. Desafíos para la política social en la Argentina del fin de siglo*. Buenos Aires: Unicef/Losada.
- Minujin, Alberto y Kessler, Gabriel (1995). Introducción: sueños argentinos. En: *La nueva pobreza en la Argentina, Introducción: sueños argentinos*. Buenos Aires: Ed. Planeta. Temas de hoy.
- Morín, Edgard (1994) Diario Le Monde Julio de 1994.
- Moscovici, S. (comp.) (1984) *Psicología social II*, Barcelona: Paidós.
- Moser, Caroline (1996). *Situaciones críticas: Reacción de las familias de cuatro comunidades urbanas pobres ante la vulnerabilidad y la pobreza*. Banco Mundial,

Serie de estudios y monografías sobre el desarrollo ecológicamente sostenible N° 75, Washington D.C.

- Müller, F. (1979). *Participación popular en programas de atención primaria sanitaria en América Latina*. Universidad de Antioquía, Colombia.
- Naciones Unidas, Oficina contra las drogas y el delito; (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Nino, Carlos Santiago (1979) ¿Es la tenencia de drogas con fines de consumo personal una de "las acciones privadas de los hombres"? En: *Revista Jurídica, La Ley*, del 4 de octubre de 1979, pág. 743.
- Niveau, Maurice (1968). Las crisis y los ciclos económicos en el Siglo XIX. En: *Historia de los hechos económicos contemporáneos*. Barcelona: Ariel.
- Nowlis, Helen (1975). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: UNESCO.
- Nun, José. (2000), "Capítulo XVIII: El caso de América Latina". En: *Democracia. ¿Gobierno del pueblo o gobierno de los políticos?*, Buenos Aires: FCE de Argentina S.A.
- Nuñez, Fabio; Juan Sotelo; Melisa Fumo y Laura Recoder (2010). *Experiencias de estigma y discriminación en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans. Condiciones de vulnerabilidad al VIH/sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- O'Donnell, G. y O. Oslak; (1976). *Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: CEDES.
- Oakley, Peter (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Observatorio Argentino de Droga-OAD (2006). *Encuesta Nacional en Población General de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: SEDRONAR.2006
- Observatorio Argentino de Drogas-OAD (2004). *Encuesta Nacional en Población General de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: SEDRONAR. 2004.
- Observatorio Argentino de Drogas-OAD (2008). *Encuesta Nacional en Población General de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: SEDRONAR. 2008.
- Observatorio Argentino de Drogas-OAD (2010). *Encuesta Nacional en Población General de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: SEDRONAR.
- Observatorio Argentino de Drogas-OAD (1999). *Encuesta Nacional en Población General de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: SEDRONAR.1999.

- Observatorio Argentino de Drogas-OAD. (2009); *Evaluación de tratamientos en pacientes por abuso de sustancias*. AMBA 2009. Buenos Aires: SEDRONAR - OAD - Organización de Estados Iberoamericanos.
- Observatorio Argentino de Drogas-OAD. (2010) *Boletín Informativo* Año 2 - Nº15 y 16 - Agosto 2010. Consultado el 29/10/10: <http://www.observatorio.gov.ar/boletin-16.html>.
- Observatorio Argentino de Drogas-OAD. (2010); *Perfiles sociales y de consumo asociados a los resultados de los tratamientos*. Buenos Aires: SEDRONAR - OAD - Organización de Estados Iberoamericanos.
- Olson DH. (1991). Commentary: Three-dimensional (3D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Family Process* 1991; 30:74-79.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2007). 60ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (Proyecto) A60/61, del 23 de mayo de 2007.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Buenos Aires: OMS-Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. Consultado en línea febrero de 2014: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud-OMS, (2004); *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Organización Mundial de la Salud (OMS); (2008) *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. Washington: OMS-OPS. 95 pp.
- Paganini, José María y Rice, M. (1989). *Participación social en los sistemas locales de salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Page, J. Bryan y Merrill Singer (2010) *Comprehending drug use: ethnographic research at the social margins*. Rutgers University Press.
- Parga, Jimena (2009b); *Mujeres y drogas. La transversalidad de género en las políticas públicas de drogas*. Seminario Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género. PRIGEPP-FLACSO
- Parga, Jimena (2012). *Uso problemático de drogas: ¿“adherencia” a tratamiento o Derecho a la Salud? El proceso de salud/enfermedad/atención en un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires. Un abordaje etnográfico desde la perspectiva de género. Informe técnico*. Becas Carrillo-Oñativa, Comisión Nacional Salud Investiga.
- Parga, Jimena y Altamirano, P. Rodrigo (2011). Género, desigualdades socioeconómicas y uso de drogas. Procesos de cambio en las prácticas y patrones de consumo en la Provincia de Buenos Aires en el período 1997-2007. En: Ana Lía Kornblit, Ana Clara Camarotti y Gabriela Wald (editores). CD de las *IX Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Parga, Jimena. (2010). “Incorporación de la equidad de género en las Políticas de drogas: Visibilizando la situación de las usuarias”. En: CD del *Congreso*

Internacional: Las políticas de equidad de género en prospectiva: nuevos escenarios, actores y articulaciones. FLACSO-Cátedra UNESCO-PRIGEPP. 10-12 de Noviembre.

- Parga, Jimena; (2009a). Itinerarios juveniles y proceso de alcoholización en la aldea global. *Seminario Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina.* PRIGEPP-FLACSO.
- Parga, Jimena; Palermo, Gimena y Setién, Lorena (2014) Contribuciones de la antropología en la formación de posgrado de la Especialización en Género y Comunicación FPyCS-UNLP; Rosario: *Actas del XI Congreso Argentino de Antropología Social, UNR.*
- Parga, Jimena; Villa, Viviana. y Arédez, Carmina (2012) Debates y desafíos en la promoción de la equidad de género en la atención de adicciones. *Actas de las Jornadas Interregionales 2012 "Sobre las Adicciones y el Uso Problemático de Sustancias"*. Organizadas por la Subsecretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Mrio. de Salud de la Pcia. Bs. As en la Universidad Nacional de Lanús.
- Pecheny, Mario (2010) El contexto es el fenómeno: procesos de despolitización de los usos de drogas en la Argentina. En: *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas.* Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Facultad de Ciencias Sociales-UBA. p.17-22.
- Philippe Bourgois; Bridget Prince; Andrew Moss (2004) *The Everyday Violence of Hepatitis C among young women who inject drugs in San Francisco.* Human Organization; Vol 63, N° 3: 253-264.
- Pietrangeli, María Inés y Parga, Jimena (2006). Hacia una práctica social crítica en la prevención de adicciones. *Cuartas Jornadas Inter-Regionales*, La Plata: SADA.
- Pietrangeli, María Inés; Ouviña, María Isabel y Cerúsico, Daniela (1992). *Prevención del consumo de drogas.* La Plata: Fundación CIDAD.
- Pittman P, Hartigan P. (1996). Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers. *Health Care for Women International* 17: 469-86.
- Pittman PM. (1996). Gendered experienced of health care. *In J Qual Health Care.* P. 397-405.
- Price, A. y Simmel, C. (2002). *Partners' influence on women's addiction and recovery: The connection between substance abuse, trauma, and intimate relationships.* Berkeley, CA: National Abandoned Infants Assistance Resource Center, University of California at Berkeley.
- Ramírez Monagas, Bayardo (1986): *Introducción teórica al modelo geopolítico-estructural: aproximaciones a un método de abordaje para construir una propuesta sobre la prevención del tráfico y consumo de drogas.* Caracas: CONACUID.
- Rangugni, Victoria, Rossi, Diana y Alejandro Corda (2006) *Informe de Pasta Base de Cocaína.* Intercambios Asociación Civil.
- Redfield, Robert (1930). *Tepoztlán, un pueblo mexicano: Un estudio realizado en la vida folk.* Chicago: University of Chicago Press.

- Reguillo Cruz, Rossana (2002); Pensar el mundo en y desde América Latina. Desafío intercultural y políticas de representación. *Comunicación Intercultural*, 23. Conferencia y Asamblea General AIECS/IAMCR/AIERI. Asociación Internacional de Estudios en Comunicación Social, Barcelona, 21-26 de julio de 2002. Pp. 60-71.
- Reguillo Cruz, Rossana (2014). La narco máquina ya no necesita chapos. En: *Revista Anfibia*. Consultada el 1/11/2014: <http://revistaanfibia.com/cronica/la-narco-maquina-ya-no-necesita-chapos/#sthash.BWevz6VL.dpuf>
- Renoldi, Brígida (1997). Atención institucional a usuarios de drogas: proceso ritual de cambio de identidad. En: Álvarez, M. (comp.): *Antropología y Práctica Médica*, Buenos Aires: INAPL, Presidencia de la Nación.
- Renoldi, Brígida (2008). *Narcotráfico y justicia en Argentina: la autoridad de lo escrito en el juicio oral*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Renoldi, Brígida. (1998); *Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes*. Tesis de licenciatura. Carrera de Ciencias Antropológicas, con orientación sociocultural. Facultad de Filosofía y Letras. UBA.
- Rivers, W.H.R. (1924). *Medicine, magic and religion*. Harcourt, Nueva York.
- Rodín, M.B. (1981). "Alcoholism as a Folk Disease", *J. Stud. Alcohol* 42, 9, 822.
- Rohlf, F.J. y R.R. Sokal (1969) *Statistical tables*. San Francisco: Freeman & CO..
- Romani, Oriol (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Romero Muñoz, Rogelio (2013). Prevención situacional en el Programa de convivencia y seguridad ciudadana para el municipio de Aguascalientes. En: *Revista Archivos de criminología, criminalística y seguridad privada*. Año 5, Vol. X enero-julio 2013.
- Romero, M.; Mondragón, L.; Cherpitel, Ch.; Medina-Mora, M.E.; Borges, G. (2001); "Characteristics of mexican women admitted to emergency care units. Alcohol consumption and related problems". En: *Salud Pública de México*. 43 (6), noviembre-diciembre: 537-543.
- Romo Avilés (2005) *Repensar la diferencia. Género en la prevención y uso de drogas*. Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha. N° 1, 2005. Castilla-La Mancha: FISCAM. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha, España.
- Romo Avilés, Nuria "Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres", Monografía Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5: 69-83.
- Romo Avilés, Nuria (2004). Tecno y baile. Mitos y realidades de las diferencias de género. En: *Estudios de juventud* N° 64: 111-116.
- Romo Avilés, Nuria (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. En: *Trastornos Adictivos*, Barcelona, volumen 8.
- Romo Avilés, Nuria (2006). Mujeres. Mirando desde el género los usos de drogas. En: José C. Pérez de los Cobos (dir.), *Tratado SET de trastornos adictivos*. Buenos Aires / Madrid, Médica Panamericana, 2006.
- Romo Avilés, Nuria. 2001. *Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile*. Donostia, Gakoa.

- Rossi, Diana; Pawlowicz, María Pía y D.Z. Singh (2007); *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Intercambios Asociación Civil. 86 p.
- SADA (2002) *Plan Provincial de Atención de las Adicciones*. La Plata: SADA. p. 33.
- SADA (2003a) *Plan Provincial de Atención a las Adicciones. Avances y planificación de gestión 2003-2007*. La Plata: SADA.
- SADA (2003b) *Nuevos aires*. Año 1, mes 8, número 2. La Plata: SADA. p. 16.
- SADA (2007) *Informe de gestión 06/07*. La Plata: SADA-Mrio. de Salud, Pcia. de Buenos Aires.
- Sánchez Pardo, Lorenzo (2004). *Abuso de inhalantes. Manual para profesionales que intervienen con menores*. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga. P 72.
- Sánchez Pardo, Lorenzo (2009). *Drogas y perspectiva de género. Documento Marco*. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia. Junta de Galicia.
- Scheper-Hughes, Nancy (1990). Three propositions for a critically applied Medical Anthropology. En: *Social Science and Medicine*, Vol. 30, N° 2, pp. 189-197, Pergamon Press.
- Scheper-Hughes, Nancy (1997). *La muerte sin llanto*. Barcelona; Editorial Ariel S.A.
- Scheper-Hughes, Nancy (2001). Neo-Cannibalism: The Global Traffic in Human Organs. *The Hedgehog Review*, 3, 2: 79-99.
- Scheper-Hughes, Nancy (2005). El comercio infame: capitalismo milenarista, valores humanos y justicia global en el tráfico de órganos. En: *Revista de Antropología Social* 2005, N° 14, p. 195-236.
- Scheper-Hughes, Nancy y Lock Margaret M., (1986); Speaking “truth” to illness: metaphors, reification and a pedagogy for patients. En: *Medical Anthropology Quality* N° 17, 137-140.
- Segato, Rita Laura (2003); *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Prometeo-Universidad Nacional de Quilmes. 264 p.
- Segato, Rita Laura (2007) *La nación y sus otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de Políticas de la identidad*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Segato, Rita Laura (2014) *Conferencia “Inseguridad: Narcotráfico y fractura social”*. Conferencia brindada en el Primer Encuentro – Debate 2014 organizado por Plataforma 2012, el 29 de mayo de 2014, CABA.
- Sen, G.; Asha, G. y P. Östlin (2005); *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Harvard School of Public Health y OMS-OPS. Publicación ocasional N° 14.
- Sepulveda Galeas, Mauricio Alejandro (2012). *Tesis de doctorado: El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad*. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili.
- Shule, E.W. (1941). *Los ciclos económicos en la Argentina*. Buenos Aires, Establecimiento Gráfico Plate y Cía.

- Singer, Merrill. (1998). Hacia una economía política del alcoholismo. En: *Revista Nueva Antropología*, Vol X. N° 34, México.
- Singer, Merrill; (1989). “The coming of age of critical medical anthropology”. *Social Science and Medicine*, 28:1193-1203.
- Singer, Merrill; (1990); “Reinventing Medical Anthropology: Toward a critical realignment”. En: *Social Science and Medicine*, Vol. 30, N° 2, pp. 179-187, Pergamon Press.
- SPAA (1994). *Centros Preventivos Escolares*. Buenos Aires: SPAA. p: 53.
- SPAA (1999). *Seis años de Trabajo. Prevención y Asistencia de las Adicciones*. Buenos Aires: SPAA. p: 60.
- SPAA (2001). *Prevención de las Adicciones. Una mirada integral*. La Plata: SPAA. p. 45.
- Spiegel, M.R. (1991). *Estadística*. Madrid: Mc Graw Hill – Interamericana.
- Stara, E. (1982). Doctors in spite of themselves: the limits of radical health criticism, *Int. J Health Serv.* 12: 437.
- Statsoft Inc. (2004); *Statistica* (data analysis software system) version 7. www.statsoft.com.
- Stolcke, Verena; (1999). ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? En: *Cuadernos para el Debate*, N° 6. Buenos Aires: IDES.
- Stolkiner, Alicia (1999). La Interdisciplina: Lo transdisciplinario como momento o como producto. En: *Campo Psi - Revista de Información especializada*. Año 3, n° 11, Junio de 1999, Rosario.
- Stolkiner, Alicia (2000). El proceso de Reforma del Sector Salud en la Argentina. Presentado en el *Taller de reformas comparadas del VIII Congreso de ALAMES y XI Congreso de la IAHP*. La Habana, Cuba, Junio 24 y 25 de 2000.
- Susser, M. (1972). *Agent, host and environment as an ecological system. Causal thinking in the health sciences*. New York: Oxford University Press.
- Svampa, Maristella (2006) *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires: Taurus.
- Svampa, Maristella (2014) Coordinadora del *debate en torno a Inseguridad: Narcotráfico y fractura social*. Primer Encuentro – Debate 2014 organizado por Plataforma 2012, el 29 de mayo de 2014, CABA.
- Svampa, Maristella y Enrique Viale (2014). *Maldesarrollo. La Argentina del extractivismo y del despojo*. Buenos Aires: Ediciones Katz.
- Schwartz, Barry (1974). Waiting, exckange and power. The distribution of time in social systems”. En: *American journal of sociology*, 79; 841-870.
- Tajer Débora, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M, Attardo C. (2010) Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares. En: González Pérez, GJ; Vega López, MG y Cabrera Pivaral, CE. (coord.); *Desigualdad social y equidad en salud: perspectivas internacionales*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara. ISBN 978-607-450-295-4. Pag.: 73-102.
- Tajer, Débora (comp.) (2012a). *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Tajer, Débora (2012b). Notas para una práctica psicoanalítica pospatriarcal y posheteronormativa. En: Cesar Hazaki (comp). *La Crisis del Patriarcado*. Buenos Aires: Topía Editorial. P. 96-113.
- Tajer, Débora y equipo (2012c). *Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN)*. Creada en el marco de la investigación “Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud” Programación UBACyT 06/09.
- Tajer, Débora. (2004). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. Popayán, Colombia: Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, pp. 27-39.
- Tajer, Débora. (2009). *Heridos Corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós. Tramas sociales.
- Taussig, Michael (1995). La reificación y la conciencia del paciente. En: Taussig, Michael (Comp.), *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa, pp. 110-143.
- Taussig, Michael; (1996). Maleficium: El estado como fetiche. En: *Un gigante en convulsiones*, Barcelona: Gedisa.
- Taylor, S y Bogdan R. (1998); *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Thoumi, Francisco E. (2009). La normatividad internacional sobre drogas como camisa de fuerza. En: *Revista Nueva Sociedad* N° 222, julio-agosto de 2009, ISSN: 0251-3552, p. 42-59.
- Touzé, Graciela (1992); Modelos de prevención. En: *Primer Programa de capacitación no presencial "Modalidades de intervención en la prevención y disminución del uso indebido de drogas"*. Buenos Aires: Fundación CONVIVIR.
- Touzé, Graciela (2001). Uso de drogas y VIH/SIDA. De la medicalización a la ciudadanía. En: *Encrucijadas*. UBA. Universidad de Buenos Aires, 8, Año 1, 64-71.
- Touzé, Graciela. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, Graciela. (2010); Argentina: ¿La reforma que viene?. En: *Serie reforma legislativa en materia de drogas N° 6*, Julio de 2010 Transnational Institute.
- Transnational Institute (TNI) (2006); El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el Cono Sur Programa Drogas y Democracia. En: *Transnational Institute - TNI*. Briefing. Series N° 2006/4. Documentos de debate. Octubre 2006 N°14.
- Tremblay, M. (1957). “The Key Informant Technique: A Non-Ethnographical Application”. En: *American Anthropologist* 59:683-702, Cornell University.
- Tusell, F. (2005). *Análisis Multivariante*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Ugalde, Antonio (1987). Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 41, CESS, Rosario. pp. 27-43. Traducido con autorización de Social Science and Medicine, Vol. 21, N° 1 pp. 41-53.

- UNODC (2003) *Global Illicit Drug Trends 2003*. Nueva York: Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas.
- UNODC (2005). *Informe Mundial sobre las Drogas 2005*. Nueva York: Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas.
- UNODC (2010). *Informe Mundial sobre las Drogas 2010*. Nueva York: Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas.
- UNODC (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*. Nueva York: Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas.
- UNODC y CICAD (2010). *Informe subregional sobre uso de drogas en población escolarizada, 2009/2010*. Nueva York: Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas.
- Valdez, Rosario y Juárez, Clara (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres; análisis y perspectivas en México. En: *Salud Mental V. 21*, N° 6, p. 1-10, diciembre de 1998.
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vasilachis de Gialdino, Irene (1993). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina S.A.
- Vasilachis de Gialdino, Irene. (Coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. España: Gedisa Editorial.
- Velásquez, Fabio (1985). Líneas conceptuales para el análisis de participación ciudadana. En: *Movimientos sociales y participación comunitaria*. Lima, CELATS.
- Wacquant, Loïc. (2005). Hacia una praxeología social: la estructura y la lógica de la sociología de Bourdieu. En: Bourdieu, Pierre. y Wacquant, Loïc. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Wacquant, Loïc (2004). *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires: Manantial.
- Wacquant, Loïc (2009). La estigmatización territorial en la edad de la marginalidad avanzada. En: *Revista Renglones* N° 60, Marzo Agosto de 2009. p. 16-22.
- Wacquant, Loïc (2010). *Castigar a los pobres. El gobierno neoliberal de la inseguridad social*. Barcelona: Gedisa.
- Wallace, Santiago (2000) *Consumo de drogas y vih-sida. Representaciones y prácticas sociales*, Buenos Aires, Eudeba.
- Whitehead, M.; (1990). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Washington D.C.: Serie Traducciones OPS,
- Wiebel, W. (1990). Identifying and Gaining Access to Hidden Populations. En: Elizabeth Y. Lambert (Ed.): *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. National Institute on Drug Abuse. *Research Monograph Series 98*. DHSS publication number (ADM) 90-1678 Rockville, MD. pp 4-13
- Yankauer, A. (1950). The relationship of fetal and infant mortality to residential segregation: an inquiry into social epidemiology. *Am Social Review* 15: 644-648.
- Yaría, Juan Alberto (1995). *Las Adicciones y la post-modernidad. Bases filosóficas del Programa 10.000 líderes para el cambio*. Buenos Aires: SPAA. p: 20.

- Young, Allan (1982). The anthropologies of illness and sickness. En: *Annual Review of Anthropology* N° 11, pp. 257-85.
- Zilberman, Mónica L. y Sheila B. Blume (2005) Violencia doméstica, abuso de alcohol e sustancias psicoactivas. En: *Revista Brasileña de Psiquiatría*; 27 (Supl. II): S 51-55.

INDEC

- Encuesta Permanente de Hogares puntual y continua se consultaron datos del total de aglomerados y del Gran Buenos Aires de línea de pobreza, línea de indigencia, tasa de desocupación.
- SIEMPRO, se consultaron estimaciones de la pobreza, indigencia, desocupación en la Provincia de Buenos Aires.
- Ley Nacional 24.455 de Obras Sociales.
- Ley Nacional 24.754 de Medicina Prepaga.
- Ley Nacional 26.657 de Salud Mental.
- Ley Nacional 23.737 sobre tenencia y tráfico de Estupefacientes.
- Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales.
- Ley Provincial 11.413/1993, modifican competencias del Ministerio de Salud y Acción Social
- Decreto Provincial 2618/93 creación de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPAA).

Diarios:

- Diario La Nación, 10-9-2003. "Pena mínima para Mario Caserta por el Yomagate". Consultado el 25-2-2015. En: <http://www.lanacion.com.ar/526252-pena-minima-para-mario-caserta-por-el-yomagate>.
- Diario La Nación, 15-1-2014. "Una Secretaría signada por las controversias. Consultado el 25-2-2015. En: <http://www.lanacion.com.ar/1655671-una-secretaria-signada-por-las-controversias>.
- Página 12. 30-10-2013. Sociedad: Narcos con vida de country. Consultado el 19-02-2014. En: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-232430-2013-10-30.html>
- Página 12. 18/02/2014. Ultimas Noticias: "Argentina no es un país productor de drogas". Consultado el: 19-02-2014 En: <http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/20-240077-2014-02-18.html>.
- Página 12. 22/4/2000. Hay pruebas aplastantes sobre los amigos de Menem. En: <http://www.pagina12.com.ar/2000/0004/000422/pag08.html>.
- Página 12. 22/4/2000. Entrevista al director del Observatorio Geopolítico de Drogas (Francia), Alain Labrousse. Corrupción con nueva economía. En: <http://www.pagina12.com.ar/2000/0004/000422/pag08.html>.
 - Telam 13-9-2013. Son ocho los efectivos imputados en la causa de narcopolicias en Córdoba. En: <http://www.telam.com.ar/notas/201309/32541-son-ocho-los-imputados-en-la-causa-de-policias-narcos.html>.
 - Diario El día, 21-4-2009 La asistencia a los adictos en crisis por falta de fondos. En: <http://pasado.eldia.com/edis/20090421/laprovincia12.htm>.