

## Artículos seleccionados

# Es Lo Que Es. El trabajo hospitalario en consumo problemático de sustancias

**Virginia Cunzolo<sup>a</sup>**

Fecha de recepción:	16 de mayo de 2022
Fecha de aceptación:	3 de junio de 2022
Correspondencia a:	Virginia Cunzolo
Correo electrónico:	viracunzolo@hotmail.com

a. Licenciada en Trabajo Social. Maestranda en Antropología Social. Trabajadora social del hospital Piñero. Docente de la materia "Salud Pública" en la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ).

### Resumen:

El artículo busca reflexionar a partir del campo de la práctica, frente al trabajo relacionado al consumo problemático de sustancias con población internada en salas de adultas/os de un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Debate acerca de una serie características de las políticas públicas en materia de consumo problemático, como por ejemplo su fragmentación, heterogeneidad e inaccesibilidad. A su vez, contrasta los ejes debatidos con un espectro de tareas básicas como las intervenciones más factibles y viables dentro de la labor del Trabajo Social en el ámbito hospitalario. El resultado es una lógica en la que prima la promoción de la salvación individual. En ese sentido, el artículo concluye en que la intervención posible desde el Trabajo Social puede acompañar a las personas en el camino de trascender los obstáculos que les presentan las lógicas institucionales, subvirtiendo así la violencia que imponen.

**Palabras clave:** Salud - Consumo problemático - Intervención

### Summary

*The article seeks to reflect on the field of practice on issues relating to the work to problematic substance use with adult population interned in a general hospital of Autonomous City of Buenos Aires. Discusses a number of features of public policies on problem consumption such as fragmentation, heterogeneity and inaccessibility. In turn, it contrasts the axes discussed with a spectrum of basic tasks such as the most feasible and viable interventions within the work of Social Work in the hospital environment. The result is a logic in which the promotion of individual salvation takes precedence. In this sense, the article concludes that possible intervention from Social Work can accompany people on the way to transcend the obstacles presented by institutional logics, thus subverting the violence they impose.*

*Key words: Health. Problematic use. Intervention.*

## Introducción

Este trabajo propone una reflexión desde la práctica del Trabajo Social en consumo problemático de sustancias con población internada en salas de adultos/os de un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Vale aclarar que las reflexiones vertidas en las próximas páginas reflejarán apreciaciones y sensaciones sobre las tareas plausibles en el ámbito mencionado. Estas tareas, en su mayoría, se destinan a promover que las/os pacientes alcancen y sostengan una recomposición de la situación de deterioro con la que llegaron a la internación. Pero tal objetivo es complejo de lograr debido tanto a las lógicas de exclusión que albergan las instituciones hospitalarias como a las particularidades que atraviesan las personas en situaciones de consumo problemático, por ejemplo el padecimiento del síndrome de abstinencia.

Respecto a la intervención en consumo problemático de sustancias, la práctica del Trabajo Social se ciñe a los intentos. Ello resulta controversial ya que el objetivo de nuestra formación se orienta a intervenir frente a la vulneración de derechos y a promover el acceso a políticas públicas.<sup>1</sup> Sin embargo, el campo de la práctica en consumo problemático de sustancias se caracteriza por políticas fragmentadas y de difícil acceso para la pobla-

ción. Por tanto, consideraré que las intervenciones se orientan a lo posible. Esta reflexión sobre la práctica persigue entonces desenmarañar las lógicas institucionales y pensar los procesos de intervención dentro de ellas. Para ello, consideraré el abordaje estatal sobre la cuestión social. El Estado capitalista se refuncionaliza mediante la operacionalización de políticas sociales en respuesta a las presiones que ejercen las clases subalternas frente al padecimiento de la desigualdad social. Sin embargo, para posibilitar su ejecución y demarcar sus intervenciones, organiza políticas sociales en forma de prestaciones, define criterios de selección y recursos a otorgar (Oliva, 2007). A su vez, las políticas sociales actuales evocan el vocabulario del sufrimiento, de la compasión y de lo humanitario. Tal fenómeno pone en escena el despliegue de sentimientos morales en las políticas, en las instituciones, dispositivos y acciones que se ejecutan para administrar y regular la existencia de los seres humanos. Así, en lo que refiere a las situaciones de pobreza de enormes grupos de la sociedad, a menudo se hablará de sufrimiento y compasión antes que de interés y de justicia. De ese modo, se legitima lo que Fassin (2010) dio en llamar el gobierno de lo humanitario, por el cual la política contemporánea tradujo en todos sus dispositivos las desigualdades sociales en términos de sufrimiento psíquico. Esta configuración compasional ofrece como respuesta a los problemas de

1. Estas orientaciones se plasman en el marco legal de la profesión de Trabajo Social establecido en Ley Federal de Trabajo Social 27.072. Disponible en <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

las clases populares una escucha de su malestar. A su vez, señala una paradoja: la política que busca la compasión colectiva haciendo énfasis en la vulnerabilidad y fragilidad de las/os más pobres, deviene en una política de la desigualdad. Así, mientras la apelación a los sentimientos morales resulta una política de solidaridad en el reconocimiento de otras/os, al mismo tiempo es una política de desigualdad ya que no constituye una ampliación de derechos (Fassin, 2010).

En consonancia con los aportes del autor, entre los lineamientos de trabajo sobre el consumo problemático con diversas poblaciones, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), establece como prioritaria la capacidad de escucha. Si bien este es un aspecto fundamental en toda intervención con personas, es casi lo único que se propone, tanto para equipos de trabajo como la población. A su vez, recomiendan que el trabajo se sostenga mediante el armado de una red con otras instituciones que también escuchen como el servicio local de emergencias, los hospitales, servicios de la justicia o de las fuerzas de seguridad. Empero, la articulación no debería ser el único contenido de las prestaciones de política disponibles. Coincido en que “una actitud de escucha genuina junto con instituciones que ejerzan la disponibilidad tiene efectos diferenciales en las prácticas de cuidado y en la forma en que se significan los padecimientos. Por supuesto que es necesario para esto que los/as profesionales cuenten con óptimas condiciones de trabajo, asignaciones presupuestarias que efectivicen dispositivos alternativos, decisión política para la articulación, formación académica que jerarquice el trabajo en atención primaria en salud” (Pawlowicz, 2015:25). Por otro lado, al analizar estas prácticas debe considerarse que el sistema médico presupone un modelo único y binario de salud-enfermedad referenciando sólo los aspectos biológicos del malestar del cuerpo, ignorándose y/o acallándose los determinantes sociales<sup>2</sup> que cruzan las trayectorias personales generando problemáticas particulares.

Pues bien, en ese marco debe señalarse que las políticas orientadas al consumo problemático de sustancias tienen un punto de partida y un horizonte individual. A pesar de que sus formulaciones mencionan la frustración de expectativas como explicación del vuelco al consumo de drogas, y se valora el trabajo en y desde la

comunidad, ocultan la complejidad de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, como así también la carencia de recursos o su poca accesibilidad. Por lo tanto, terminan promoviendo una salvación individual sostenida en la meritocracia de quien trasciende las dificultades de sus condiciones de vida y los obstáculos institucionales. Para quienes trabajamos desde las ciencias sociales esto devuelve un oxímoron, ya que desde el Trabajo Social se torna prioritaria la consideración de los determinantes sociales en el análisis y abordaje de las problemáticas.

Las prestaciones asistenciales argentinas en materia de uso de drogas se caracterizan por su heterogeneidad. Allí se mezclan perspectivas abstencionistas y de control con otras de reducción de riesgos y daños. A su vez, mediante convenio, gran parte de la acción se delega a organizaciones de la sociedad civil: organizaciones no gubernamentales (nacionales e internacionales), comunitarias y religiosas. Esto deriva en una atención mediada por una variedad de entidades públicas y privadas especializadas o competentes en el tema: hospitales y centros de salud, centros de día y comunitarios, organizaciones subsidiadas por el Estado, entre las que se incluyen las comunidades terapéuticas. Esta dispersión trae aparejado que la variación de teorías, modelos y formas de representar el problema, se confundan entre sí (Pawlowicz et. al. 2011; Goltzman, 2015). Sin embargo, en lo que al trabajo hospitalario concierne, considero que a pesar de su heterogeneidad y confusión, a menudo la intervención gira en torno de una función única de escucha o educativa.

## Reflexión sobre las políticas y recursos disponibles

Es pertinente mencionar que dentro de las perspectivas de consumo problemático de sustancias existen dos lineamientos: las abstencionistas y las de reducción de riesgos y daños. Las primeras albergan una visión estereotipada y fetichizada por la cual las drogas parecieran ser “entidades mágicas con poderes contaminantes” (Touzé, 2010:23), consideran a las personas como adictas y promueven la separación absoluta de la droga, de una vez y para siempre. Históricamente el uso de sustancias se abordó predominantemente desde dos campos, el sanitario, que lo consideró desde la enfermedad,

2. Factores sociales desfavorables que influyen diferencialmente en los distintos sectores sociales condicionando sus enfermedades o su salud (Berlinguer, 2007).

y el jurídico, que prohibió su producción, comercialización y consumo. La conjunción de esos campos promovió la abstinencia como eje del enfoque prohibicionista, considerando a quienes consumían como peligrosas/os (Lozano, 2019; Galante *et. al.* 2009). La idea de la salvación individual y la salida del lugar oscuro que implica la droga, históricamente caracterizarían el tono de las políticas de consumo. Por el contrario, las modernas perspectivas de reducción de riesgos y daños aluden al consumo problemático de sustancias concibiendo que existen otros no problemáticos y/o recreativos tanto legales como ilegales. Esta perspectiva no se centra en la sustancia sino en la relación que la persona establece con la misma, su entorno y las consecuencias que el consumo genera en su vida cotidiana, a largo plazo y en su salud. En ese sentido, se consideran 4 medidas evaluativas: qué se consume (tipo de drogas y efectos); quién la consume (situación actual e historia singular); cómo se consume (dosis, frecuencia y vía de administración); cuándo y dónde se consume (si es un ámbito público o privado, si es en soledad o en compañía) (Touzé, 2010).

Por otro lado, desde la creación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 el consumo problemático de sustancias debe ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental. Las garantías y derechos que establece la ley incluyen a quienes tengan un uso problemático de drogas legales e ilegales. A su vez, con base en los derechos humanos de las/os pacientes, se plantea que la internación debe ser un recurso de última instancia considerándola terapéuticamente restrictiva. Para ello prioriza el trabajo interdisciplinario e intersectorial y en dispositivos de atención primaria de la salud (Pawlowicz, *et. al.* 2011). La inclusión de la problemática en la ley de salud mental buscaba superar la diversidad de modelos de atención de las políticas surgidos de los enfoques mencionados. No obstante, a 11 años de la misma siguen siendo fragmentadas y bajo “un marco punitivo, prohibicionista y abstencionista que no se logró superar” (Lozano, 2019: 9). Tomando en consideración estos aportes teóricos se pueden señalar algunas características que adquieren las políticas dedicadas a la atención y prevención del consumo problemático de sustancias llevadas adelante por dos entidades: Sedronar, de alcance nacional, y la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones perteneciente al Gobierno

de la CABA (GCBA). En esa línea, definiré tres dimensiones que permiten ordenar y comparar los servicios brindados por ambas instituciones: relevamiento-diagnóstico, prevención y atención.

Respecto al análisis de la situación problema, en el sitio web del Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Sedronar se pueden encontrar diversos relevamientos desde el 2004 a la actualidad.<sup>3</sup> Se centran, entre otras cuestiones, en los perfiles epidemiológicos, las causas de mortalidad vinculadas al consumo de drogas, las consultas en emergencia, el perfil de la población en tratamiento o el uso específico de las distintas sustancias. Por otra parte, escasean estudios centrados en la accesibilidad o barreras de acceso a los tratamientos. Una excepción la constituye el Censo Nacional de Centros de Tratamiento (Sedronar, 2022), que señala ciertos obstáculos, falta de recursos y dificultades para la derivación que encuentran las personas que asisten o trabajan en los mismos. Por ejemplo, en sus resultados expresa que los principales escollos para la derivación de pacientes a otros dispositivos son la falta de servicios que aborden casos de complejidad o la no correspondencia entre las características de las/os pacientes y la población atendida en los centros. Se indica también que la mayor falencia se relaciona a mejoras edilicias de los centros (54,2%), falta de recursos materiales (45%) y falta de recursos humanos capacitados (Sedronar, 2022). Tal cuestión se torna relevante al reflexionar sobre la práctica hospitalaria dado que enmarca algunas de las dificultades para articular en la intervención.

Otro elemento destacable de dichos relevamientos es el perfil sociodemográfico mayoritariamente masculino y económicamente activo (Sedronar, 2022). Sin embargo, nuestro sistema de salud no es un gran receptor de ese grupo ya que sus instituciones de primer y segundo nivel tienen un perfil direccionado hacia la población materno infantil. Ejemplo de ello está en el informe de “Consultas ambulatorias en establecimientos oficiales del Año 2019” (Ministerio de salud de la Nación, 2019), el cual destaca que las consultas recibidas por las unidades de Medicina general, Pediatría y Obstetricia superan por varios millones a los recibidos por las demás especialidades.

En cuanto a los estudios e informes GCBA, resulta significativa su antigüedad, siendo el último la “Encuesta

3. Disponibles en:

<https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/investigaciones-por-a%C3%B1o>

sobre consumo de sustancias en estudiantes de Nivel Medio” del 2016. Por su parte, le sigue en actualidad el informe de “Incidencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Emergencias Médicas” del 2010 (Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat [MDHyH], 2022). El mismo se realizó en base a estadísticas de servicios de guardia y emergencia de 3 hospitales de la CABA. Su antigüedad es llamativa ya que los hospitales de la ciudad deben realizar estadísticas diarias, más aún en los sectores de guardia, con lo cual deberían existir datos actualizados y accesibles. Asimismo, al día de hoy, la mayoría de los hospitales cuentan con el sistema informatizado del GCBA para estadísticas e historias clínicas. Por otra parte, en cuanto a la relevancia epidemiológica brindada al consumo problemático, en el Boletín Epidemiológico Semanal de la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA (2022) no se visibiliza información actual ni datos al respecto.

Si bien los datos epidemiológicos y demográficos resultan relevantes, su desactualización o que sean un fin en sí mismo, conspiran contra su objetivo fundacional; es decir, que sean un insumo para la transformación de la realidad social. Esto se debe a que no se corresponden con políticas sociales que influyan en la compleja articulación de las condiciones de vida que deterioran la salud y en las dimensiones que destacan los informes.

En relación a la prevención, la Sedronar y la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del GCBA muestran dos líneas de acción: guías de asesoramiento y campañas de prevención. Las guías están mayormente dirigidas a los equipos que desde diversas instituciones abordan el consumo problemático de sustancias y a los pares de quienes consumen (amistades y familiares). Por su parte, Sedronar presenta guías para trabajar con juventudes, en ámbitos educativos, con personas en situación de calle, sobre el consumo de alcohol o específicas sobre género y diversidad (Sedronar, 2022). En lo que respecta al GCBA, muestra una sección en su página web destinada a la prevención, pero es significativo que al intentar ingresar, la misma devuelve la leyenda “Página no encontrada. La página que buscás no existe o fue dada de baja”<sup>4</sup>. En cuanto a las campañas de prevención, exponen la realización de postas de salud, folletería, actividades en puntos estratégicos (plazas o parques) y en fechas específicas, como el día de la primavera, el Último Primer Día de clases o San Patricio. Cabe men-

cionar que las publicaciones más actuales del GCBA en esa línea datan de principios del año 2019 (MDHyH, 2022), por lo que no es posible conocer si se realizaron campañas y de qué tipo durante los últimos 3 años.

En cuanto a la atención, la Sedronar cuenta con centros de atención territoriales. Entre esos dispositivos se encuentran las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario, Dispositivos Territoriales Comunitarios, Casas Comunitarias Convivenciales, Centros de Asistencia Inmediata e instituciones conveniadas. En lo que a mi experiencia laboral respecta, los dispositivos mayormente disponibles son los territoriales comunitarios ubicados en distintas organizaciones o instituciones de los barrios. Los mismos están conformados por equipos que cuentan con 2 o 3 trabajadoras/es-operadoras/es que abordan la tarea de acompañar a las personas sin mayores recursos que su capacidad para brindarles un espacio de escucha y articular las vacantes en comunidades terapéuticas (instituciones conveniadas). En efecto, si bien la letra del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos- Ley 26.934 (IACOP) establece dimensiones como: “la creación de centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos, teniendo como propósito promover en la población cubierta instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad.”, en la práctica la atención de los centros queda a merced de las propias y ya existentes posibilidades del desarrollo comunitario y personal.

Entre los dispositivos de atención del GCBA se incluyen centros de Salud Nivel 1 y Hospitales de la Ciudad, Casas de Atención propia, Centros de Día, Centros de Diagnóstico, Admisión y Derivación, Centros de Intervenciones Asistenciales Comunitarias (CIAC) y servicios de Consejería. Nuevamente tomando como base mi experiencia laboral puedo decir que la articulación posible es mayormente (exceptuando los centros de salud de Nivel 1 y los otros hospitales) con los centros de día y con los CIAC, que sin embargo son escasos y padecen de las carencias de recursos y personal de todo el sistema de salud. En estos dispositivos la demanda suele estar saturada porque los equipos son pequeños. A su vez, si no son cercanos se vuelven inaccesibles para personas que no cuentan recursos económicos para moverse (menos aún si desean ser acompañadas). Por su

4. Hasta la fecha de revisión de este artículo (12.06.2022) la siguiente página continúa caída. <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/adicciones/prevencion>

parte, uno de los dispositivos de atención, orientación y asesoramiento del GCBA son los módulos Acercate, ubicados en las estaciones saludables de distintas plazas de la ciudad con atención vespertina y nocturna. Están destinados, principalmente a orientar a población en situación de calle que atraviesa un consumo problemático. Cabe mencionar que estos dispositivos no son permanentes sino que rotan una vez por semana por distintas plazas. Con lo cual resulta complejo que puedan realizar una atención sostenida de quienes están en situación de calle y alternan los lugares en los que duermen.

Asimismo, respecto a las personas en situación de calle, las necesidades básicas no cubiertas vuelven inverosímil el sostenimiento de un tratamiento, sea de residencia o ambulatorio, a mediano y largo plazo. En ese sentido, dado que las políticas sociales existentes no afectan ni se orientan a los distintos determinantes sociales, las alternativas resultan solamente paliativas del daño, limitándose a la escucha y a la orientación.

## Lo que es

Luego de caracterizar las políticas y servicios ofrecidos, desde la reflexión crítica sobre la práctica considero que la intervención en consumo problemático de sustancias a menudo se limita a las tareas de escucha. Como sostiene Oliva, se trata de un modelo de prevención que no provee recursos no llegando a concretarse como tal ya que "los sectores a los que se dirige no cuentan con los medios necesarios" (2005:183). A su vez, entiendo que eso puede conducir al riesgo de una transferencia de la responsabilidad hacia lo individual, buscando que la persona con la que trabajamos encuentre una posible salida en términos de salvación transitoria.

Las situaciones de exclusión social vinculadas a la dinámica del consumo problemático configuran un escenario sumamente complejo. A veces involucran largos periodos ininterrumpidos de consumo en situaciones de elevada vulnerabilidad y riesgo, de exposición a la violencia y precarización de las formas de vida. La dificultad en el acceso a los servicios junto con la culpabilización y criminalización que pueden sufrir cuando intentan acceder a los mismos profundizan la exclusión y la precariedad. Con el curso del tiempo se van conformando trayectorias marcadas por la desprotección y el descuido por parte del Estado. A menudo el contacto con las instituciones de salud se reduce a las instancias de rescate; aquellos episodios en que las personas ejer-

cen prácticas de cuidado y modos de detener el consumo (Epele, 2010). Del análisis de la práctica infero que frecuentemente, a partir de la internación en el hospital (a veces determinada por algún evento de urgencia corporal a la que llevó el consumo) las personas consideran su propio rescate.

En este sentido, entiendo que en el trabajo hospitalario el objetivo viable de la intervención se relaciona con el abordaje de tareas básicas que constituyen "lo que es". La consideración de las mismas, parte de identificarme con la perspectiva de reducción de riesgos y daños. Una de ellas consta en recuperar la historia personal, cómo llegó a la situación actual y conocer quiénes acompañan, ya que los motivos por los que las personas se internan y el modo en que llegan, merecen distintas formas de abordaje. En ese sentido, no será lo mismo un motivo clínico agudo, que aquellos relacionados al deterioro corporal provocado en una trayectoria vital marcada por el consumo y la precariedad de las condiciones en que se consume o aquel relacionado a los riesgos a los que se somete la situación de consumo (por ejemplo, heridas de armas de fuego, violencia de las fuerzas de seguridad o accidentes en la vía pública). En efecto, la mayor cantidad de muertes atribuibles al consumo de drogas no son por intoxicación sino por motivos cardiovasculares o cancerosos vinculados al consumo (Sedronar, 2022). En síntesis, la afectación sobre el cuerpo y la significación que las personas le dan a ello es distinta y por lo tanto, diferentes son las cuestiones a trabajar en la intervención. A su vez, resulta central considerar la situación habitacional y las condiciones materiales de vida para buscar una alternativa que medie entre lo posible y aquello aceptable para la persona, debido a que muchas de ellas llegan a la consulta o la internación no sólo en un avanzado nivel de deterioro relacionado al consumo problemático, sino también en condiciones de vida muy precarias. Asimismo, las alternativas habitacionales o de residencia que dependen del Estado, tanto como las eclesíásticas o de la sociedad civil (que no impliquen recurrir a comunidades terapéuticas), son escasas y el consumo es criterio de exclusión para la admisión.

Por otro lado, si bien desde el abordaje hace algunos años existe una preocupación por descriminalizar el uso de drogas (Pawlowicz et al, 2011), a menudo las personas continúan expuestas al punitivismo y represión de las fuerzas de seguridad. En ese sentido, desde el hospital es posible intervenir asesorando a la vez que desentrañando la situación punitivo-judicial en la que pudieran encontrarse. Asimismo, resulta útil articular con las

defensorías públicas oficiales en caso de que la persona cuente con causas judiciales abiertas.

En lo que a las redes vinculares concierne, y a fin de indagar quiénes están disponibles y para qué, se puede intervenir considerando la forma de presencia de cada lazo. En ello es importante no forzar los vínculos familiares ya que si la trayectoria de consumo es de larga data, los lazos pueden estar desgastados o agotados. No obstante, en la mayoría de los casos la desconexión no es total y pueden hacerse presentes, aunque sea, para situaciones puntuales.

Otra línea de intervención es la constituida por el mapeo de redes del barrio e instituciones especializadas, tomando en cuenta los recursos más accesibles. Sin embargo, si bien ello es sugerido en los lineamientos de políticas sociales ya abordadas, esta tarea puede resultar titánica y quedar limitada al voluntarismo de los equipos de trabajo y la posibilidad de sortear la fragmentación y la desconexión intra e interinstitucional que caracteriza el escenario actual. Pero, en cada intervención es importante considerar con la persona si lo más conveniente es articular un recurso de tratamiento o atención cercano al lugar donde habita o transita (que es muchas veces el mismo donde consume) o si es preferible articularlo fuera del barrio. A su vez, a fin de evitar intervenciones iatrogénicas, creo sustancial no insistir con recursos e instituciones que ya no resultaron útiles, amigables o accesibles para la persona en cuestión. Asimismo, es menester el trabajo junto con los servicios de salud mental del hospital en pos del seguimiento en las internaciones, como así también luego del alta hospitalaria (sobre todo en las situaciones en que la persona no se incorpora a un dispositivo específico de tratamiento). Al mismo tiempo resulta valioso articular con los equipos de Trabajo Social de las guardias externas hospitalarias ya que son quienes a menudo realizan las primeras intervenciones con aquellas/os que luego se derivan a las salas de internación.

No obstante, lo mencionado aquí en un contexto de políticas que rondan entre la escucha y la precariedad de recursos, son líneas de trabajo que a veces apuntan a un objetivo mínimo: el de lograr el sostenimiento de la internación y la recuperación, al menos momentánea, de los motivos que condujeron a la misma. Así, bajo un halo biologicista, las intervenciones se limitan a recuperar los motivos físicos y/o vinculados a la salud mental, además de perseguir el objetivo de iniciar o continuar un tratamiento para dejar de consumir. De ese modo,

sabiendo que probablemente exista un tránsito de ese camino de intentos y sabiendo qué es lo que desde el sistema público de salud estamos proponiendo cuando orientamos un tratamiento en este sentido, debemos preguntarnos qué proponer, o mejor dicho, si hay algo para proponer. Y aun así, si articulamos las alternativas disponibles y fueron trascendidos los obstáculos burocráticos, y conquistada la tarea de que una/un paciente sea recibida/o para tratamiento, quedan otras dificultades de orden cotidiano posibles de franquear sólo en pocas situaciones: cómo trasladarse hasta allí, quién acompaña o cómo se sostendrá ese tratamiento, entre otras. Entonces, vale preguntarse qué es lo que estamos ofreciendo como sistema de salud y si hay algo más que caminos artesanales de seguimiento que no sean solamente acompañar en el deterioro que provoca el consumo problemático intenso.

Puede resultar útil aquí pensar desde la propuesta de “estado de excepción” de Agamben (2003) ya que abona a la idea de que las democracias actuales se encuentran en una situación de anomalía permanente, establecida como una técnica de gobierno que ejerce cuando, como poder público, viola continuamente los derechos individuales en función de la manutención del orden. Se trataría de una tendencia anómica marcada por el colapso de las estructuras sociales normales y el desarreglo de roles y funciones. Tendencia que lleva a inversión de los hábitos y comportamientos pero que, en realidad, como posibilidad resulta intrínseca a la norma y al derecho. La lógica del estado de excepción se expande en el pensamiento occidental y como ejercicio de la biopolítica en forma integral en la consideración de la vida como “nuda vida”: la vida pueda ser cada vez más una vida disponible, controlable y también eliminable sin sacrificio. La vida que se separa de su contexto, de la vida social y cultural que la compone y queda disponible como mera vida sin humanidad, sin forma de vida, posible entonces de ser eliminada, sin que ello sea un asesinato, es decir sin estar fuera de la ley. Lugar de poder y decisión del poder soberano, cada vez más simbiotizado con los distintos poderes que deciden sobre el valor o disvalor de las vidas, como el poder judicial pero también con el médico, con el científico, con el experto. La lógica de la nuda vida se expresa en las instituciones en las que trabajamos y las instituciones de salud son un buen ejemplo de ello. La forma de las políticas sociales que aquí abordé, forma de una política sin estructura, sin recursos, y que sólo se componen de equipos técnico-profesionales- expertos, se ejercen en instituciones que ejecutan el poder de definir el valor de las vidas. Ejercen

el poder soberano, pero deterioradas y vaciadas como forma de política, por lo cual aquello con más firmeza es el poder soberano en ellas: la/el experto decidiendo sobre el valor o disvalor de la vida, según la lógica de nuda vida. Así es que considero que la institución hospital y las políticas públicas en materia de consumo problemático, tienen una lógica expulsiva, donde la vida pierde su forma de vida y se transforma en nuda vida, eliminable sin contravenir las normas jurídicas. Quien sobreviva allí y a esa lógica será entonces quien pueda sobreponerse a ser considerada/o como nuda vida. Puede incluso sostenerse que las políticas públicas fallan porque esa es su intención y funcionamiento original. Excluir grupos de población no es sólo ejemplificador sino que, a la vez, configura nichos de población a los cuales se les pueden adjudicar los diversos males de la sociedad (la falta de educación, la delincuencia, la falta de oportunidades u otros temores sociales). Allí, a menudo, aparecen las respuestas justificadoras en y de las instituciones que buscan en las responsabilidades individuales y familiares la causa de la frustración de los tratamientos, por ejemplo en la falta de adherencia a los mismos. Sin embargo, tal análisis es simplificado, reduccionista y oculto, sobre todo, que las políticas están desde el inicio hechas a sabiendas de su fracaso o, al menos, de que no van a influir en gran medida en la calidad de vida de la población. Como delinea Epele (2010) la economía política neoliberal no sólo produjo la nueva pobreza sino que a su vez esta resulta productiva.

Profundizando esta reflexión entiendo que la lógica de abordaje del consumo problemático propone la victoria individual como única salida. Aquella persona que logra sostener un tratamiento y dejar de consumir, al menos temporalmente, habrá ganado una batalla, y es esa a veces la única posibilidad real que se ofrece desde el sistema de salud: la salvación individual. Retomando lo ya mencionado, si una vez sorteados los obstáculos burocráticos y los criterios de selección, la persona logró ingresar a un tratamiento o un proceso de atención, dependerá casi exclusivamente de su fuerza de voluntad sostenerse en el mismo. Esto debido a que ningún tratamiento logra afectar o resolver las condiciones de vida en la precariedad, que son múltiples y variadas: habitacionales, económicas, de disponibilidad de cuidados formales o informales, de posibilidad de tolerancia de quienes acompañan, de su tiempo y esfuerzo, entre otras. Dado que desafortunadamente no es la mayoría de las personas las que trascienden ese periplo, se torna frecuente la consideración entre los equipos de trabajo

de las instituciones de que no se puede lograr nada si las personas no adhieren al tratamiento. Considero que tal análisis surge como una respuesta condicionada por la carencia de recursos, la vacancia institucional y de políticas sociales.

Entonces, sería pertinente en futuros trabajos pensar si las políticas sociales varían en su contenido y amplitud de acuerdo a las reivindicaciones que los grupos organizados hacen en los distintos momentos históricos: ¿Es necesario configurar y reforzar demandas organizadas y colectivas para modificar un Estado que brinda alternativas que promueven la salvación individual? Es relevante también destacar que la prevalencia en el abandono de los tratamientos (Sedronar, 2018) contrasta con la actitud y disposición que la mayoría de las veces tienen las personas con las que se interviene, quienes muestran disponibilidad a hablar, a relatar su situación presente y sus trayectorias, a reflexionar, a ponerse objetivos por mínimos que resulten más allá de la aceptación o no de un tratamiento de mediano o largo plazo. Nuevamente puede destacarse que en mayor medida las intervenciones propuestas desde el Estado se sostienen en la escucha, pero paradójicamente son también las que más se tornan posibles ya que las personas con quienes intervenimos se disponen a ellas. Resulta claro entonces que el abandono de los tratamientos no se reduce a causas individuales sino que ciertas lógicas políticas e institucionales promueven la imposibilidad de sostener los tratamientos.

Entonces, ¿qué es lo posible? Acompañar las estrategias del salteo de obstáculos. ¿Es lo ideal? No. ¿Es lo que promueven las leyes? No. Sin embargo, buscar subvertir la lógica de un sistema que rechaza de antemano a sus personas indeseables ofreciendo alternativas deficientes e irrealizables (que como profecía auto-cumplida terminan fallando), parecería llevarnos a eso: la intervención de acompañar el salteo de obstáculos. Acompañar a las personas que utilizan la institución esquivando sus lógicas de exclusión: insistiendo por ser atendidas, reclamando por destratos o maltratos, acostumbrándose a transitarlas sin que les hagan daño, entendiéndolas, conociendo sus ritmos, lo que deben decir y lo que no, lo que pueden lograr y lo que no. Pensar desde la idea del acontecimiento en la trayectoria de vida como una situación en la vida de la persona que cambia las cosas (Mattioni, 2021). En este sentido, la internación puede tornarse un hito de inicio de un tiempo de rescate. No obstante, cierta desazón profesional puede sobrevenir al reconocer de antemano ese derrotero.



En síntesis, acompañar para que la violencia institucional no logre sus cometidos resulta en una estrategia de intervención. Promover que las personas sobrevivan y trasciendan al hospital y a su lógica y logren de alguna manera el restablecimiento de su situación previa a la internación. Lo fáctico y básico, no por ello es lo que debería ser. La intervención a veces consta de un llamado, un turno, una expli-

cación, una conexión, una averiguación, un trámite. Pasar el tiempo y sostener la internación y, no menos importante, generar la referencia con un lugar para volver. En instituciones hospitalarias en las que parece todo predispuesto para que las personas abandonen, acompañar en el periplo de obstáculos puede convertirse en una posibilidad de subvertir lógicas violentas y excluyentes.

## Bibliografía

- Agamben Giorgio. (2003). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo. Buenos Aires.
- Arce, H. (2012). *Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina*, en Revista Medicina, Vol. 72, N° 5, pp. 414-418.
- Berlinguer, G. (2007). "Determinantes sociales de las enfermedades" en Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 33, N° 1, pp. 1-14
- Epele M. (2010). *Sujetar por la bebida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós. Buenos Aires.
- Fassin, D. (2016). *La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires. Prometeo libros
- Galante, A; Rossi, D; Goltzman, P y Pawlowicz, M P (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. *Un cambio de perspectiva en Revista Escenarios*, N°14, pp 113-121. <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/73.pdf>
- Goltzman, P. (2015). *Notas sobre el trabajo en drogas desde el territorio en Revista Voces en el Fénix*, año 6, N° 42, pp 42-49. <https://intercambios.org.ar/assets/files/Voces-enelFenix.pdf>
- Lozano, J I (2019). *El consumo problemático de sustancias y la construcción social de los sujetos consumidores*. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://cdsa.aacademica.org/000-023/216.pdf>
- Mattioni, M. (2021). *Procesos de transición socio política en salud mental en clave biográfica en Revista Debate Público- Reflexión de Trabajo Social*, año 11, N° 22, pp 73-85. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/viewFile/7518/6331>
- Navarro, V. (2008). *¿Qué es una política nacional de salud?* CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Panama/cela/20120717092358/quees.pdf>
- Oliva, A. (2007). *Trabajo Social y Lucha de Clases- Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina*. Imago Mundi. Buenos Aires
- Pawlowicz, M. P, Galante, A, Goltzman, P, Rossi, D, Cymerman, P y Touze, G (2011). "Dispositivos de atención para usuarios de Drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos", en E. Blanck (coord.): *Panorama de Salud Mental: a un año de la Sanción de la Ley Nacional n° 26.657*, Argentina, Eudeba
- Pawlowicz, M P. (2015). *Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas en Revista Voces en el Fénix*, año 6, N° 42, pp 20-27. <https://intercambios.org.ar/assets/files/Voces-enelFenix.pdf>
- Touze, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Troquel. Buenos aires. [https://elvs-tuc.infod.edu.ar/sitio/nuestra-escuela-formacion-situada/upload/Graciela\\_Touze\\_-\\_Prevencion\\_del\\_Consumo.pdf](https://elvs-tuc.infod.edu.ar/sitio/nuestra-escuela-formacion-situada/upload/Graciela_Touze_-_Prevencion_del_Consumo.pdf)

### Leyes, documentos, informes y páginas web

- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. 2010. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. 2014. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>
- Ministerio de Salud del GCBA (2022): Boletín Epidemiológico Semanal de la Gerencia Operativa de Epidemiología. <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/boletines-periodicos>
- Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat (2022): Adicciones Un espacio de información y prevención para el consumo problemático de sustancias. <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/adicciones>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). Análisis de situación de salud: República Argentina 1a ed, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Libro digital, PDF. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392ent-analisis\\_de\\_situacin\\_de\\_salud\\_-\\_republica\\_argentina\\_-\\_asis\\_2018\\_compressed.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392ent-analisis_de_situacin_de_salud_-_republica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Consultas Ambulatorias en Establecimientos Oficiales. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/deis-serie11-nro20-consultas-ambulatorias-2019.pdf>
- Sedronar (2022): Secretaría de Políticas integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. Jefatura de Gabinete de Ministros <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/sedronar>