

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**Usuarios de PBC y primer nivel de atención en salud:  
el oficio de hacer-lo posible.**  
**El lugar de las prácticas profesionales y mecanismos  
institucionales en la configuración de condiciones excluyentes**

**Lorena María Briozzo Colombo**

**Tutora: Susana Mallo**

**2015**

## INDICE

- PRIMERA APROXIMACIÓN AL TEMA Y AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
- INTRODUCCIÓN : PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO
- CAPITULO 1 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL PARA OBSERVAR Y ANALIZAR 8
- CAPITULO 2 MÁRCO LÓGICO: LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO Y METODOLOGÍA 15
- CAPITULO 3 QUIENES SON LOS USUARIOS DE PBC , FORMAS DE VIDA, SUFRIMIENTOS, BÚSQUEDAS : LA CONTRUCCIÓN DE UN LUGAR SOCIAL
- CAPITULO 4 INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. SU LUGAR EN EL SISTEMA SANITARIO Y LA CONTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD PROFESIONAL
- CAPITULO 5 LA RELACIÓN ENTRE USUARIOS DE PBC Y LOS EQUIPOS DE APS 55
- CAPITULO 6 CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA 5
- AGRADECIDA
- ANEXO : ENTREVISTAS

## PRIMERA APROXIMACIÓN AL TEMA Y AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

A partir de la crisis del año 2002 evoluciona una nueva problemática en el Uruguay con la que, más temprano que tarde también se encuentran los sistemas de protección social: la comercialización y el consumo de Pasta Base de Cocaína (en adelante PBC) y el enclave territorial y comunitario que esto ah desencadenando, profundizando procesos de segregación social, donde el vacío institucional también es parte del problema.

En el intento de comprender en su complejidad la problemática aquí planteada, consideramos que el concepto de “dispositivos de control disciplinario y biopolítico” de Foucault<sup>1</sup> se ajusta adecuadamente pues contempla varias condiciones para el primer acercamiento al tema. En un marco donde el “abstencionismo”, la “guerra contra las drogas” y la “mano dura” se presentan como modelos hegemónicos de comprensión y abordaje. “La biopolítica de las sociedades latinoamericanas puede observarse en la actitud barroca hacia los extraños y diferentes como “peligrosos”, la cual se funda en el enunciado político “Por si acaso”. Esta actitud de autoclausura personal o clasista tiene graves consecuencias para la convivencia ciudadana, la solidaridad y la democracia en la región.”<sup>2</sup>

Con relación a la población de usuarios de PBC se puede ver nítidamente esta “clausura” en la forma y funcionalidad de unos mecanismos sociales, institucionales, y de vínculos interpersonales, que alimentan, construyen y sostienen un *lugar social* de alta vulnerabilidad o desprotección.

En concreto el interés se centra en aproximarse a este “vínculo de clausura” mediante el conocimiento de la débil capacidad de las instituciones, y en particular, para este estudio, aquellas que hacen al sistema de atención primaria en

---

<sup>1</sup> Foucault (1975-2002) Vigilar y Castigar .- “Mientras que la taxonomía natural se sitúa sobre el eje que va del carácter a la categoría, la táctica disciplinaria se sitúa sobre el eje que une lo singular con lo múltiple. Permite a la vez la caracterización del individuo como individuo, y la ordenación de una multiplicidad dada. Es la condición primera para el control y el uso de un conjunto de elementos distintos: la base para una microfísica de un poder que se podría llamar “celular”. El comportamiento y sus exigencias orgánicas van a sustituir poco a poco la simple física del movimiento. El cuerpo, al que se pide ser dócil hasta en sus menores operaciones, opone y muestra las condiciones de funcionamiento propias de un organismo. El poder disciplinario tiene como correlato una individualidad no sólo analítica y “celular”, sino natural y “orgánica”. pag 137 - 143

<sup>2</sup> EL LABERINTO DE LA INSEGURIDAD Zavaleta J. (2014) Publicación, disponible en : <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20140404054836/ELLaberintoDeLaInseguridad.pdf>  
Zavaleta es coordinador del Grupo de Trabajo y Seguridad en Democracia de CLACSO, donde hace referencia a la hipótesis que sostiene que algunos estados latinoamericanos prolongan la *colonización interna* de la población mediante dispositivos de control disciplinario y biopolítico. En la región, allí conceptualizada como la más violenta y desigual del mundo, la disciplina del cuerpo es acompañada del control biopolítico de la vida y la subjetividad

salud, de desarrollar prácticas sanitarias integradoras. Entendidas estas últimas desde el marco referencial propuesto por Castel,R(2007) de las *políticas de integración*, serían aquellas prácticas interconectadas que generen canales y profesionalidad para conocer, dialogar, acompañar y *hacer-lo posible* por interceder en los mecanismos que dan sustento a esta problemática y el sufrimiento social asociado.

Al desconocimiento de las acciones toxicológicas que genera la sustancia sobre el sistema nervioso central, se le agrega la construcción paulatina y consistente de un *lugar social*: los usuarios de PBC representan los que están fuera del área de abordaje, y por lo tanto no habrá expectativas de sentido de la intervención sanitaria transformadora con esta población.

Es en esta creencia y su representación en las prácticas donde ubicamos una de las claves del problema mirado desde la incapacidad del sistema sanitario.

Importa pues focalizar en los servicios de APS por dos razones, vinculadas a su doble rol: entendemos que son (deberían ser) la primer puerta institucional para la construcción de un vínculo sanitario y con ello para el acceso al derecho a la salud, y además integran el mapa de actores significativos que construyen las representaciones sociales sobre la temática desde lo comunitario y lo político institucional, con la responsabilidad que eso implica.

Aquí nos proponemos analizar, a partir de la perspectiva de profesionales de la salud y de usuarios de los barrios de Punta de Rieles y Malvón Norte; el vínculo que se establece (o no) entre los usuarios de PBC y los equipos de salud, entendiendo este vínculo potencial como uno de los engranajes clave en la construcción de alternativas socio sanitarias que habiliten el abordaje integral de la problemática y la posibilidad de rutas de integración social.

Sin desconocer las condiciones macro vinculadas al narcotráfico y todos los entramados tejidos en el contexto de una sociedad capitalista que combina prohibición y consumo , pretendemos indagar en lo que está sucediendo a nivel de concepciones, creencias y prácticas personales y profesionales, convencidos que desde allí también se contribuye con la construcción de unas condiciones excluyentes. Por ello, observar y revisar este tipo de prácticas será una contribución a la búsqueda de condiciones más favorables para el abordaje de la problemática como asunto propio del sistema social y no, como un problema “externo”.

Proponerlo, provocar que se incorpore como tema, hacerlo comunicable, es algo que hará posible su consideración e incorporación... “si surgen interlocutores o temas de comunicación novedosos, la sociedad crece, ya que todo lo que es comunicación es sociedad”<sup>3</sup>. Mientras el tema no sea incorporado seguirá existiendo un vacío, un desencuentro que ya no genera ruidos, se hace invisible, se hace funcional a las dinámicas del sistema social.

¿Podemos hablar de este vacío e invisibilidad como un mecanismo de defensa y a su vez de violencia institucional? ¿Son las prácticas profesionales y los

---

<sup>3</sup> Luhmann, N. **Sociología del Riesgo** (2006). Pág 26

mecanismos institucionales parte del problema de los procesos de exclusión y de debilitamiento del entramado social? ¿De qué manera estos mecanismos facilitan u obstaculizan la posibilidad de que las personas transiten por otros destinos a los asignados de acuerdo a sus atributos sociales?

¿De qué manera la tipificación de estos destinos esperables y socialmente asignados y aceptados repercuten en la validación de prácticas profesionales que operan específicamente desde el primer nivel de atención en salud? ¿De qué manera la concepción de estas prácticas también construye destinos: configura condiciones excluyentes u oportunidades de transformación?

Queremos indagar acerca las concepciones de las prácticas profesionales en atención primaria de salud (en adelante, APS) de quienes integran dicho nivel de atención. Sostenemos que este es un eje fundamental para comprender cómo en los hechos, los usuarios de PBC no se proponen o evitan consultar con dicho servicio, o bien, cuando lo hacen, se presentan diversidad de dificultades para sostener la continuidad del vínculo pues la oferta asistencial es muy restringida a un tipo de perfil de usuario e inadecuada a otros perfiles.

El usuario de PBC representa un tipo de vulnerabilidad social asociada a diversidad de desventajas sociales y otras particularmente vinculadas al plano afectivo, de desarrollo emocional, donde entendemos indispensable observar la constelación familiar. Hay una necesidad de escucha, de vínculo “protector”; hay por otro lado una responsabilidad institucional basada en el derecho a la salud universal de construir los puentes de acceso, un mandato político, institucional y ético que no se ve representado en la práctica, donde se construyen y consolidan diferentes mecanismos de omisión de esta responsabilidad.

Partimos del supuesto de que estos mecanismos de evasión se basan en una intersubjetividad de discursos y creencias que limitan y condicionan el trato hacia la problemática del uso de PBC. Importa entonces aproximarnos a conocer las características de estos discursos y creencias, cómo están incidiendo en la calidad del vínculo sanitario, cual es su grado de aceptación entre los profesionales de la salud y los usuarios y cuáles son sus fundamentaciones.

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se abordará la relación existente entre los usuarios de PBC y los equipos del primer nivel de atención en salud

**EN EL CAPÍTULO 1** desarrollaremos cual es perspectiva del abordaje, el marco teórico y conceptual para observar y analizar el tipo de vínculo establecido entre ambos integrantes de la relación. Utilizaremos la teoría de Robert Castel que construye categorías vinculadas a la sociología del riesgo en el marco de los procesos de construcción y persistencia de desigualdad social que coexisten con el desarrollo de sistemas de protección sociales ; así mismo se utilizará el *enfoque de vulnerabilidad* para ubicar en el mapa conceptual el asunto de la relación entre la responsabilización individual y/o social sobre las situaciones de desventaja que transitan los usuarios de PBC, observando cuán protectoras y desiguales son las estructuras de oportunidades para diferentes sectores de la población y como eso se ve reflejado en las prácticas concretas y cotidianas de las dinámicas organizacionales y los referentes institucionales.

**EN EL CAPÍTULO 2** se plantea el marco lógico: los objetivos de la investigación y las hipótesis de trabajo, y a continuación la metodología utilizada, de tipo cualitativa, utilizando la observación participante y las entrevistas focalizadas como técnicas de aproximación al objeto de estudio. Lo que se busca es analizar la relación entre ambos integrantes del objeto, desde sus puntos de vista, y hacia la comprensión de las lógicas sociales que los promueven, se busca acceder a los *“esquemas generativos socialmente estructurados*, que han sido incorporados a lo largo de la historia de cada sujeto...permiten relacionar el discurso con sus condiciones de producción”<sup>4</sup>. Paralelamente se atiende al lugar del entrevistador como distorsionante en tanto objeto “depositario” de discursos de parte de los entrevistados que, sobre todo en el caso de las entrevistas a integrantes de equipos de salud, se prevé estén cargados de cierta intencionalidad y elaboración amoldada a la circunstancia.

**EL CAPÍTULO 3** destinado a ilustrar, describir y profundizar acerca de los usuarios de PBC. ¿Quiénes son?, ¿Cómo viven su situación?..En este capítulo pretendemos ofrecer un marco conceptual para interpretar y comprender las motivaciones y motores que sostienen la práctica del consumo, los distintos tipos de sufrimientos de acuerdo a características personales incluyendo el género, y sus formas de interpretar la problemática del uso de PBC, su contexto social y su visión crítica en cuanto al tipo de respuestas ofrecidas por el sistema de salud

---

<sup>4</sup> Kornblit, A.L. (2007) Metodologías cualitativas en ciencias sociales

**EN EL CAPÍTULO 4** nos aproximaremos a la figura de los integrantes de los equipos de salud, se trata específicamente de quienes trabajan en policlínicas comunitarias o centros de salud del Primer Nivel de Atención. Conocer su propia interpretación sobre el oficio de quien está en dicho nivel de atención, sus apreciaciones sobre los mandatos programáticos e institucionales, sus formas de hacer, sentir y pensar el tema del uso de PBC reflejada en sus propias actitudes y prácticas profesionales para con esta población; ofreciendo una referencia teórica y analizando los principios pedagógicos y éticos que estarían de trasfondo, para la interpretación de estos posicionamientos.

**EL CAPÍTULO 5** será el cuerpo de este trabajo, en este presentaremos la relación existente entre los usuarios de PBC y los profesionales de la salud que trabajan en el primer nivel de atención. Presentaremos aquellos puntos que entendemos, estarían incidiendo en el tipo de relación establecido. Algunos de estos son: 1. La actualización profesional y capacitación en cuanto al tema drogas y en cuanto al abordaje familiar y comunitario, 2. la cosmovisión que tienen sobre los usuarios de PBC, 3. los márgenes de innovación que habilita el abordaje desde servicios del estado, 4. Mandatos institucionales disociados de su operacionalización en el territorio; entre otros.

**EN EL CAPÍTULO 6** se presentan las conclusiones que estarán centradas en el intento de explicar el por qué del tipo de vínculo generado y sostenido entre usuarios y equipos de APS, ofreciendo algunas pistas acerca de la necesidad de profundizar en el estudio de algunos temas vinculados a las políticas sociales y estructuras organizacionales oportunas para la habilitación de la accesibilidad y la mejora en la calidad del vínculo sanitario en términos de humanización y derechos

**EN EL ANEXO** se presentan las entrevistas realizadas a usuarios e integrantes de equipo APS de los barrios de Punta de Rieles y Malvín Norte, en la zona Este de la Ciudad de Montevideo.

# CAPÍTULO 1

## MARCO TEÓRICO

Utilizaremos el enfoque de vulnerabilidad para observar la cobertura y adecuación de los sistemas de protección.

Mediante la tríada: *vulnerabilidad-activos-estructura de oportunidades* intentaremos aproximarnos a los procesos de distribución desigual de los riesgos asociados al uso de drogas y en espacial al uso de PBC.

EL USO DE PBC COMO UNO DE LOS ÚLTIMOS COMPONENTES QUE SE INTEGRA AL ENTRAMADO DE DESIGUALDADES SOCIALES.

El consumo de esta sustancia incorpora a partir del año 2002 un nuevo componente que desde el punto de vista sociológico importa mirar pues contribuye con una *configuración de vulnerabilidad* (Filgueira, C. 2002) trazada por una inadecuación persistente entre activos y estructura de oportunidades.

Los usuarios de PBC representan menos el 1% de la población uruguaya, pero este porcentaje muestra una importante segmentación territorial y socioeconómica, elevándose al 8% en determinadas zonas de Montevideo, y dentro de éstas asociado a personas con vulnerabilidades desde el punto de vista laboral, social y afectivo.

Usuarios activos, en los últimos 12 meses: un 80% con trabajo sin contrato formal, trabajos temporales, changas; 46% recolectar latas, cartones, buscar en basuras, limpiar parabrisas o similar. Un 53% consume diariamente. Un 62% lo ha hecho solo/a<sup>5</sup>, lo cual es un indicador de un patrón de consumo de mayor vulnerabilidad.

Por otro lado, en cuanto a la demanda de atención, se ubica según un estudio realizado por el Observatorio de la Junta Nacional de Drogas, en un 16% de la población de usuarios, de los cuales menos de la mitad fueron captados por instituciones públicas<sup>6</sup>. Los motivos de esta incapacidad de abordaje se explican en esta publicación por motivos de lejanía territorial y por las exigencias planteadas por las ofertas de atención, para sostener un tratamiento. Aquí se valora no solo como ineficaz la respuesta institucional ofrecida, sino que guiada por concepciones que así lo determinan, sancionatorias debido a la ajenidad y débil comprensión de las racionalidades ocultas tras las situaciones de uso de PBC en estos barrios.

---

<sup>5</sup> Observatorio Uruguayo de Drogas 2012, Junta Nacional de Drogas – presentación preliminar de resultados sobre cocaínas fumables, marzo 2012

<sup>6</sup> Suarez, h. Rossal, Ramirez, J y otros. FISURAS. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cualitativas y etnográficas 2014

“El perfil típico de consumidor de pasta base, en contra del modelo mediático, no es el de un inadaptado. Es el de un chico demasiado obediente al mandato social que recibe desde que aterriza en el mundo: ‘No hay lugar para vos, molestás acá’ dice Miguel Silva, Director del Portal Amarillo, una especie de suicidio que le devuelve a esa sociedad algo de la violencia que recibió”<sup>7</sup>

Hay allí también, a decir de Castel, R. (97) “una posición con utilidad social y reconocimiento público”<sup>8</sup>

La categoría *ser usuario de PBC* se acopla con otras tales como vivir en un barrio pobre, con trayectoria de vínculo problemático con instituciones educativas, integrar una familia de bajo nivel educativo y con experiencias de violencia que marcan su historia familiar, alto nivel de sufrimiento de base por un tipo de pertenencia familiar fuertemente auto cuestionada, situación de calle o semi - calle, experiencias delictivas, vivencias cotidianas de situaciones de violencia interpersonal, rutinas integradoras (hábitos) imposibles trazadas por un vínculo ausente con la vida laboral dignificante.

Estas combinaciones delimitan un tipo de vulnerabilidad con características propias pero que asimismo se integra a un mapa de desigualdades previo, moldeado de acuerdo a la tríada planteada desde el enfoque de vulnerabilidad (estructura de oportunidades, activos, vulnerabilidad)

La especificidad de este tipo de vulnerabilidad es un tema a indagar, en particular en su modalidad de vínculo con el sistema de protección y más precisamente los servicios de APS. El supuesto subyacente aquí es que el consumo de drogas -en particular, el de PBC- refuerza los mecanismos y vínculos excluyentes pues entre otras cosas le da un fundamento lógico a la idea de cargar la responsabilidad en el individuo, (otra de las manifestaciones de los mecanismos de *biopoder*) desestimando la construcción social del problema, de esa *estructura de oportunidades* de la que la comunidad (y los servicios de APS como parte integrante) es corresponsable.

Interesa observar la existencia de patrones relacionales, dados entre los servicios y los usuarios, que sostengan esta situación. También, explorar de qué manera juegan ciertos elementos tales como la sanción social, el tipo de construcción de sufrimiento familiar e individual asociados al consumo de PBC y las representaciones sociales (en circuitos profesionales, de usuarios, y de comunidad) que lo sustentan.

Para ello nos centramos en el vínculo entre las instituciones sanitarias del primer nivel de atención y la población de usuarios problemáticos de PBC, vínculo tomado como último eslabón de la cadena de desencuentros entre políticas sociales y relaciones sociosanitarias incluyentes.

---

<sup>7</sup> Aguiar, Ximena- Pais, Ana – **Rostros que hacen humo. Historias y miradas sobre la pasta base en Uruguay**, 2009

<sup>8</sup> Castel R. 97, **La Metamorfosis de la cuestión social**. pág 416

Desde los aportes de Castel, Filgueira y Katzman, y a pesar de sus matices, se sostiene que el aumento de la participación estatal en el sistema de protecciones es la alternativa para afrontar la desigualdad, en el entendido de que sería una estrategia progresiva de desandar los procesos de fragmentación social.<sup>9</sup>

Es en este marco y para el caso uruguayo, que interesa focalizar en el potencial del sistema de salud pública como uno de los agentes de transformación del tipo de relaciones sociales que se establecen en el primer nivel de atención, digamos como forma de representar el vínculo entre personas e instituciones del Estado.

En la actualidad se visualiza una intencionalidad alineada en el fortalecimiento de la intervención estatal; indicativo de ello resultan los mandatos institucionales propuestos para abordar la problemática social asociada al consumo de pasta base de cocaína y planteados como prioridad de política social, tanto por sus implicancias en la salud como en la seguridad públicas.

El asunto es que a pesar de estos mandatos se observa la existencia de un desencuentro entre ese *deber ser* y las prácticas socio-sanitarias, y es ahí donde se da el vacío institucional para el abordaje de esta problemática.

#### CONTROL DE RIESGO COMO MARCO CONCEPTUAL PARA LA COMPRESIÓN Y ABORDAJE EN LA TEMÁTICA DEL USO DE DROGAS

Entendemos que hay una vinculación entre la emergencia de marcos conceptuales e interpretativos asociados a la idea de *control del riesgo*, y la persistencia de las condiciones estructurales que operan como limitantes para el desarrollo de vocaciones y voluntades integradoras, lo que explica en parte, la dificultad de integración social de los usuarios problemáticos de PBC que habitan barrios excluidos de la ciudad de Montevideo.

La interpretación y al abordaje de problemáticas sociales que vinculan con el uso de drogas está generalmente asociado a la tarea preventiva o de evitación, la de anticiparse o cortar (abstencionismo como paradigma) con un comportamiento de riesgo: el uso de drogas. Interesa pues analizar la construcción de cierta intencionalidad pedagógica enmarcada en ese “deseo desesperado de erradicar el peligro”, asociado a lo que Castel llama “la ideología de la prevención generalizada”<sup>10</sup> La misma embiste muchas áreas de lo social y en lo relativo al uso de drogas, renueva una perspectiva prohibicionista y con fuerte componente moralizador que tiene en el abstencionismo la única meta posible y deseable, lo cual limita otros posibles canales hacia la integración y el acceso al sistema sanitario, para el caso.

---

<sup>9</sup> Ochoa, Sala María (2010) **El Riesgo en la sociedad contemporánea** : de los riesgos clásicos a los nuevos riesgos- Trabajo de Doctorado en Ciencia Social con especialidad en Sociología

<sup>10</sup> Castel, Robert - **La inseguridad social**: ¿qué es estar protegido?

Aquí la *estigmatización* o la *sobreprotección* parecen ser las alternativas donde, los operadores, educadores y profesionales de la salud terminan asistiendo para construir un vínculo con *el otro*. El sujeto queda así “fuera de juego”: “No depara ninguna sorpresa, ya que de él sólo se espera que asuma su condición como destino”<sup>11</sup>.

Los procesos de enseñanza aprendizaje, tanto en el marco del vínculo educador-aprendiz, profesional de la salud – usuario, quedarían así, pautados en base a una predeterminación de tipo universal de las trayectorias de vida.

Estimamos que como trasfondo la referencia teórica que ofrece la llamada cultura o sociedad “del riesgo”, caracterizada por una “inflación del riesgo” y de la preocupación por la seguridad podría estar incidiendo sobre las prácticas profesionales, generando y reproduciendo tipos de relacionamiento que sustentan unos mecanismos de exclusión.

Por otro lado y paralelamente hay un cambio en el abordaje y la misión de la educación : de educar para la formación de un sujeto ideal (abordaje moral, deber ser) a educar para que el sujeto desarrolle sus capacidades y consolide en el transcurso de su trayectoria de vida el desarrollo emocional, personal y social, y el ejercicio de sus derechos ; también hay un cambio en la concepción de la salud y en la concepción del vínculo sanitario , lo que se puede ver representado en la terminología empleada : ya no se trata de “pacientes” sino de “usuarios” del sistema sanitario. Podemos entenderlo como un cambio que coloca el énfasis progresivamente en el ejercicio de la agencia de los individuos , no ya meros “sujetos”, pasivos , sino agentes , condicionados por limitaciones estructurales , y así mismo con capacidad de agencia, o dicho de otro modo , capacidad de (re)orientación y significación de sus prácticas.

En este sentido habilitar y provocar esta capacidad de agencia, ya no centrada en la evitación de los riesgos sino en el rescate de otras trayectorias posibles, es parte de la necesaria construcción de las condiciones estructurales y materiales que operen de soporte, como un terreno relacional que propicie el diálogo, la accesibilidad, el ejercicio de derechos humanos y sociales y el desarrollo de las personas y su autonomía.

La cuestión es que este viraje en la mirada se instala en un contexto que presenta al menos dos obstáculos:

1.- por un lado, un desencuentro entre: los niveles más altos, donde se definen los programas o proyectos, y los equipos que directamente los llevan a la práctica. Ya sea por diferencias de enfoque teórico o metodológico acerca de cómo abordar los problemas, o por no contar con recursos y herramientas reales para la implementación de tales programas ; persistencia de unos sentimientos de impotencia, incertidumbre y descreimiento de los trabajadores por el potencial transformador real de sus propias prácticas ; 2.- por otro lado , este cambio de

---

<sup>11</sup> Violeta Nuñez - Conferencia: **La educación en tiempos de incertidumbre: Infancias, adolescencias y educación.** pag 14

mirada e intencionalidad en la orientación , que podríamos referir como con más énfasis en la autonomía; no se da sin haber dejado en los individuos, en los usuarios, una interiorización de la necesidad de seguridad, y el miedo a perderla, muy asociada al lugar de sostén del estado.

Esta tendencia hacia la autonomía “libera al individuo de su dependencia respecto de todas las comunidades intermediarias que le procuraban las *protecciones de proximidad*”<sup>12</sup>. Es entonces que en un contexto de debilidad de protecciones estatales y de *protecciones de proximidad* queda la responsabilización en el ámbito de lo privado social y más estrictamente de lo individual.

Si el individuo es el responsable de sus actos, entonces las formas de abordaje estarán embestidas por esta concepción, dejando en un segundo plano el componente de *en-lo social*; y enfatizando en lo que Castel llama *norma de interioridad*<sup>13</sup>. Aquí ubicamos desde esta investigación una de las claves explicativas de las dificultades de construcción de vínculos, pues esta norma impacta en la intersubjetividad, tanto para los usuarios como para los profesionales de la salud: para sentirse capaz de hacer algo (de facilitar procesos de cambio o de emprender un proceso de cambio), es necesario contar con las condiciones básicas y vínculos habilitantes para poder hacerlo. Y para el caso de los usuarios PBC pesan mucho los juicios morales y las “desespectativas”, así que esta *norma* se convierte en un círculo cerrado alimentado por los mecanismos que generan la *profecía auto cumplida*.

El factor sorpresa no cuenta y es allí donde se identifican dos grandes tendencias posibles desde la mirada de profesionales de la salud y la sociedad toda: la estigmatización, o la sobreprotección. Se ven individuos “tanto riesgosos como en riesgo”<sup>14</sup> convive en ellos un “doble estatuto” y desde ahí se construye el vínculo con otros.

De esta manera, la *estructura de oportunidades*, en tanto fuente posible de cambio de las situaciones de *vulnerabilidad social*, queda condicionada por las formas de adjudicación y se ofrece, para esta población, como una estructura obturadora y funcional a la emergencia y consolidación de un tipo de “integración perversa”.

La capacidad transformadora queda paradójicamente, en manos del individuo con escasas oportunidades reales de realización: “(el individuo) no se sostiene solo, digamos, porque está como transfundido y atravesado por los sistemas colectivos de producción de seguridad montados por el Estado social”<sup>15</sup> es a la paradoja que señala Castel (2003): el estado social procurando protección actúa como factor de individualización. Lo que lleva a la idea de que la *descolectivización es una acción*

---

<sup>12</sup> Castel, Robert 2003- **La inseguridad social**: ¿qué es estar protegido? Pág 85

<sup>13</sup> ibid Pág 97

<sup>14</sup> Viscardi, Nilia- **Trayectorias delictivas y rehabilitación : caminos laberínticos de la configuración de futuro en jóvenes infractores** . Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/LasBrujas4-Viscrdi.pdf> pag 297

<sup>15</sup> Castel, Robert 2003- **La inseguridad social**: ¿qué es estar protegido? Pag 85

*colectiva*<sup>16</sup>. La idea de riesgo como algo que “porta” el individuo se asocia a la noción de biopoder, en el sentido de que se estructuran mecanismos de tolerancia y funcionalidad de la individuación de ciertos sufrimientos sociales.

#### POLÍTICAS DE INSERCIÓN Y POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN

Es preciso contar con un marco interpretativo para la observación y análisis de las prácticas profesionales a la luz de su sentido reflejado con relación a las políticas sociales en salud. Para ello consideraremos la diferenciación que nos ofrece Castel (97) entre *políticas de inserción* y *políticas de integración* y su combinación específica con formas de ver y tratar (estigmatización - sobreprotección) a la población “destinataria” de esas políticas.

Las políticas de inserción las entenderemos desde el planteo del autor, como de “discriminación positiva” (focalizadas?), “complemento social”: “...no hay ganadores sin perdedores, pero para una sociedad que no ha abandonado sus ideales democráticos, todavía parece justo y sensato que quienes han sido derrotados no queden librados a un destino de parias . Ese podría ser el sentido de las políticas de inserción: ocuparse de los válidos invalidados por la coyuntura”<sup>17</sup>

Las políticas de integración como “buscadoras de grandes equilibrios a partir del centro” <sup>18</sup>(universalistas?).

El viraje del que hablábamos arriba, que pareciera centrarse en la capacidad de “ganarse dignamente” los recursos y beneficios sociales por parte de los propios sujetos, promoviendo de esta manera su movilización, estimulados a “volver a hacerse cargo de sí mismos” (Castel 2003); estaría operando como un obstáculo para la construcción de procesos de integración social, en la medida que esta construcción estaría condicionada y hasta “delegada” a los recursos individuales. Al tratarse fundamentalmente de poblaciones ubicadas en zonas de vulnerabilidad social, estos recursos son estructuralmente insuficientes... “hasta hoy, la tendencia de los profesionales de la inserción ha sido generalmente dar prioridad a la *norma de interioridad*, es decir, intentar modificar la conducta de los individuos con dificultades incitándolos a cambiar sus representaciones y reforzar sus motivaciones para *salir*, como si fueran los principales responsables de la situación en la que se encuentran”<sup>19</sup> Este aspecto resulta central para el caso que nos ocupa, siendo además, su importancia reforzada en el caso de los consumidores problemáticos de drogas, puesto que el uso de drogas implica un componente de

---

<sup>16</sup> Ibid.,pág 63

<sup>17</sup>Castel R. 97, La Metamorfosis de la cuestión social . pág 439

<sup>18</sup> ibid. Pag 433

<sup>19</sup> Castel, R. 2003, **La inseguridad social**: ¿qué es estar protegido? Pág 97

voluntad que refuerza la idea de que “los pobres” se construyen e inclusive elijen sus condiciones de pobreza.

La llamada “cultura de riesgo”<sup>20</sup> y su conceptualización atraviesa los diferentes ámbitos y dimensiones de lo social, operando como marco que contribuye con el debilitamiento de espacios de convivencia entre desiguales, aumentando la distancia entre distintos circuitos sociales y esto atravesado por un tipo de construcción social del *miedo* que opera como pieza fundamental para el análisis aquí propuesto... “El miedo es el sustrato básico de la desconfianza. Y se profundiza cuanto más se fragmenta la sociedad. Cuanto más nos aislamos en el mundo de los "iguales" tanto más peligrosos nos parecerán los otros, por el mismo hecho de que serán más desconocidos”<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Ibid

<sup>21</sup> Moreira, Constanza 2011- *Miedo* - Publicado en el diario La República – 11.04.2011. Disponible en : <http://www.constanzamoreira.com/miedo/>

## CAPÍTULO 2 : MARCO LÓGICO Y METODOLOGÍA

### MARCO LÓGICO

#### Objetivo general

Conocer aquellos aspectos profesionales y actitudinales que desde los equipos de Atención Primaria en Salud condicionan el desarrollo de vínculos sanitarios con usuarios de Pasta Base de Cocaína, que puedan incidir en los procesos de integración social de esta población al sistema de protección social.

#### Objetivos Específicos

1. Analizar los principios pedagógicos y los modelos de abordaje en salud puestos en juego en el abordaje con usuarios de pbc, a partir de la aproximación a las prácticas desarrolladas por integrantes de equipos de atención primaria en salud de dos policlínicas ubicadas respectivamente en dos zonas con concentración de usuarios de esta sustancia: Malvín norte y punta de Rieles.
2. Conocer y analizar desde el *enfoque de vulnerabilidad*, los obstáculos y los facilitadores que perciben los usuarios de PBC para la construcción de vínculos con profesionales de la salud.
3. Profundizar en el estudio y atención de las condicionantes del *riesgo social*<sup>22</sup> y su relación con las *políticas de integración*, para el caso de los usuarios de PBC y el sistema sanitario.

#### Hipótesis

Existe un desencuentro entre los mandatos programáticos de APS referidos a la accesibilidad, y las prácticas implementadas por los equipos de salud

La modalidad de abordaje del profesional de la salud tiene incidencia sobre el sentimiento de autoeficacia de los usuarios de PBC y de esta manera sobre sus trayectorias de consumo y de acceso al sistema sanitario

---

<sup>22</sup> “se podría caracterizar el riesgo social como un acontecimiento que compromete la capacidad de los individuos para asegurar por sí mismos su independencia social. Si no se está protegido contra estas contingencias se vive en la inseguridad” Castel .R (2003)- **La inseguridad social** ¿qué es estar protegido? pag 35

La variable confianza-desconfianza incide en la construcción del vínculo sanitario desde ambas partes (confianza de usuarios hacia los referentes del equipo de salud de APS, confianza de estos últimos en las posibilidades de “sanación” e integración social de los usuarios desde unas expectativas profesionales tal vez restrictivas.

Los principios de ética médica y principios programáticos de APS no aplican para el abordaje de problemáticas vinculadas al uso de PBC. La interpretación y ejercicio de los profesionales de la salud sobre estos principios, que van de la “beneficencia” a la “autonomía”, se moldean de acuerdo a valoraciones morales, lo cual obstaculiza la integralidad de las políticas de atención .

Los usuarios de PBC ofrecen argumentos contundentes acerca de los aspectos profesionales y actitudinales que desde los equipos de Atención Primaria en Salud condicionan el desarrollo de vínculos sanitarios.

## METODOLOGÍA

La aproximación al tema en cuestión y a las personas e instituciones involucradas surge a partir de mi experiencia personal y profesional de trabajo social con usuarios de pasta base de cocaína, a partir del vínculo directo, que incluye tanto la cercanía con las situaciones de vida de los usuarios, sus familias y entornos próximos, como con los tipos de relaciones que establecen con diferentes circuitos y ámbitos sociales e institucionales. Aquí me interesó particularmente el tipo de vínculo con las instituciones de salud de APS, en el entendido de que allí se representa el origen social de muchas debilidades del sistema, y desde allí se habilitarían, oportunidades para los usuarios, y para los integrantes de los equipos, en tanto ámbito de desarrollo profesional situado, es decir incluyendo las problemáticas emergentes y adaptando el rol a la función de proximidad, y realmente habilitar el acceso a derechos sanitarios.

Desde este lugar de proximidad profesional y afectiva , en el cual, tanto desde la asistencia, el acompañamiento a procesos de desarrollo personal y el aprendizaje de formas de vida “otras”, inevitablemente construyo argumentos de “racionalidad” acerca del consumo de PBC; en estas situaciones de vida se hace claramente “lógico” el uso y el “enganche” con el consumo y la identificación con esa categoría de comportamiento y con las otras socialmente asociadas (tales como situación de calle, delincuencia, mendicidad, etc.) todas con un contravalor de “estar por fuera”, como atributo de rebeldía, o de autonomía , de libertad o de debilidad ante un mundo percibido como lejano .

Pero la identificación con cierto patrón de comportamiento también involucra, y esto es algo que solo emerge a partir de la construcción de un vínculo de confianza; el profundo sufrimiento oculto y el sentimiento de inevitabilidad, indefensión y distancia con las pautas culturales “normales” a las que también los usuarios adhieren; sentimiento sostenido también y en parte por las protocolizadas y expulsivas prácticas de APS.

El modo de abordaje de la temática parte de una perspectiva epistemológica cualitativa, en el entendido que refleja la intención de búsqueda de sentido y a su vez permite la flexibilidad necesaria y sensibilidad con relación a las aproximaciones y análisis en el proceso de observación.

Utilizaremos entrevistas focalizadas para observar y organizar el corpus construido espontáneamente en el marco de mi vinculación previa, el que servirá como contexto marco.

Los usuarios e integrantes de equipos de salud entrevistados fueron seleccionados procurando contemplar voces representativas de distintos posicionamientos.

Los usuarios entrevistados fueron usuarios en activo que se vincularon de forma significativa con el Programa Aleros, que hubieran transcurrido sus trayectorias vitales por caminos diferentes, y que tuvieran cierto liderazgo en tanto se trata de perfiles “portavoces” de un “actor social”, en este caso del “lugar”.

En el caso de los integrantes de los equipos de salud entrevistados, se buscó que estuvieran en diferentes lugares jerárquicos a la interna del sistema y con perfiles actitudinales también “marcados” en cuanto al tipo de relacionamiento (nítido, ambivalente o autocrítico) con aquellas situaciones que “superan” los márgenes de la institucionalidad en el marco de la cual desarrollan su tarea cotidiana; el criterio fue que tuvieran diferentes posicionamientos, al menos a priori, con relación a sus disposiciones de flexibilidad profesional en función de las situaciones de vida con las que se toma contacto desde el servicio.

#### UNIDAD DE OBSERVACIÓN – UNIDAD DE ANÁLISIS

El eje de observación y análisis son estas relaciones o vínculos entre usuarios y profesionales de la salud. La construcción de esta unidad de observación y análisis tomará elementos de la perspectiva de los usuarios y de los profesionales, quienes nos darán pistas para comprender los sentidos atribuidos al consumo, en tanto comportamiento percibido como un problema de salud, y a los procesos de comprensión y etiquetamiento de este tipo de comportamientos y de las personas que los realizan. Nos interesa ver en detalle cuáles son los obstáculos subjetivos para que se genere un vínculo sanitario con los usuarios, en donde importa comprender la incidencia de las estructuras de vinculación “protocolizadas” (relación médico – paciente, por ejemplo) en la restricción de vínculos de proximidad que logren ampliar y diversificar el tipo de asistencia, y habilitar la capacidad de agencia de los ciudadanos con comportamientos de uso de PBC, “me ocuparé menos de las características personales y sociales de los desviados que de los procesos por los cuales llegan a ser considerados outsiders y de sus reacciones frente a ese juicio”<sup>23</sup> Importan fundamentalmente observar el aspecto político, la visión funcional de la desviación, el etiquetamiento de los usuarios de PBC, la construcción colectiva que la sostiene y reproduce, y los obstáculos para producir nuevas respuestas sociales y sanitarias.

---

<sup>23</sup> Becker, H. 2012. **Outsiders – Hacia una sociología de la desviación** Pág.29.

Será interesante observar la conexión de intencionalidad que hay detrás de las prácticas que se construyen y sostienen en el marco de estas “zonas manipulativas en potencia. Esa zona contiene el mundo que está a mi alcance. En ese mundo de actividad mi conciencia está determinada por el motivo pragmático, o sea que mi atención a este mundo está determinada principalmente por lo que hago, lo que ya he hecho o lo que pienso hacer en él”.<sup>24</sup>

Tantos usuarios como profesionales de la salud construyen “mundos” desencontrados, en donde la confianza (des) aparece como un concepto clave para la posibilidad de mutua comprensión empática de esos “mundos”, la construcción de vínculos de cercanía-lejanía y su manifestación en prácticas profesionales con intencionalidad política integradora.

Confianza en cuanto a los procesos que se puedan generar a partir de la intervención sanitaria, tanto de usuarios hacia profesionales, como de profesionales hacia usuarios y el auto percepción de confianza con respecto al potencial transformador de cada uno.

Estamos observando las dificultades en construir vínculos socio sanitarios como un tipo de reacción matizada colectivamente, pero precisando acceder a los soportes subjetivos, los sentimientos y móviles más sutiles que sostienen esa estructuración<sup>25</sup>. Operan cuestiones objetivas de la estructura social, pero también procesos de construcción de puntos de vista, motivaciones y deseos de las personas, con relación a esas estructuras.

#### LA SELECCIÓN DE LOS ENTREVISTADOS

Se basó en el criterio de tomar integrantes de equipos de salud que ocupen diferentes roles, funciones y tareas en el equipo, utilizando también la observación previa acerca de sus estilos personales-profesionales de ejercer el rol de atención primaria.

En cuanto a la selección de los usuarios, se trató de entrevistar a aquellos que tuvieran un vínculo significativo con el equipo de Aleros pensando en contar con cierto nivel de confianza que permita trascender barreras de protección.

---

<sup>24</sup> Berger, P L. Luckmann, T. *La construcción social de la realidad* Pag 38

<sup>25</sup> Castel en *La Inseguridad Social*, habla del resentimiento “ un resorte de acción o reacción sociopolítico profundo. Mezcla de envidia y desprecio que se juega sobre la situación social diferenciada, una frustración colectiva que busca responsables o chivos emisarios” pag 65

## TÉCNICAS UTILIZADAS

Para ello realizaré entrevistas a usuarios e integrantes de los equipos de salud. Las entrevistas serán de tipo focalizadas, de acuerdo “a la posición ventajosa”<sup>26</sup> vinculada al contacto y análisis previo de la situación y de las dinámicas de los entrevistados. La intencionalidad será habilitar esas “confesiones cotidianas menores”<sup>27</sup> que permitan visualizar la significación y las implicancias afectivas e ideológicas que para los entrevistados tiene la temática planteada, y más específicamente, para analizar las motivaciones que hay detrás de un comportamiento, una forma de relacionarse con alguien o con algo: con las sustancias, con los usuarios, con los médicos o recursos asistenciales.

La búsqueda de esas confesiones implicará atravesar un nivel de fundamentaciones “consensuadas” o estereotipadas, que también nos permitan ver ciertos mecanismos de estructuración de esos comportamientos donde se ubican, en hipótesis, parte de los obstáculos para la construcción de vínculos socio sanitarios integradores. Por ejemplo, argumentos vinculados a la función social de “rebeldía” que le puede dar sentido al rótulo de “pastero”.

## LUGAR DEL INVESTIGADOR – CONOCIMIENTO Y VÍNCULO PREVIO

Mi lugar como investigador tiene un fuerte antecedente de rol o de “oficio”, y sobre todo de una subjetividad puesta en juego que inevitablemente es fundamento de la selección del tema, las categorías de observación construidas, las hipótesis planteadas y la metodología.

Pensar mi práctica y la de otros que trabajan con situaciones de consumo de PBC, desde la sociología, exige y posibilita el distanciarse de la intencionalidad sanadora, educativa, integradora de la intervención, e indagar en el sentido de esa práctica, observándonos como muestra, como “caso particular de lo posible” y a decir de Bourdieu (1982), en clave de “cuerpo que está en el mudo social y mundo social que está en el cuerpo” observando ese cuerpo como manifestación la capacidad o incapacidad de construir vínculos realmente integradores.

La proximidad inicial pautó un proceso de “alejamiento” que también permitió interpretar valoraciones y planteos personales iniciales a la luz de los emergentes que surgieron a partir del análisis de las observaciones y entrevistas. En este sentido mi lugar estuvo en un permanente “entrada y salida”, lo cual fue clave para el hallazgo de algunas líneas de análisis no esperadas.

---

<sup>26</sup> Berger, P L. Luckmann, T. *La construcción social de la realidad* pág184

<sup>27</sup> Ibid

### Las prácticas profesionales desde los profesionales

La intención es aproximarse a las prácticas desde las auto percepciones, intentando vincular los mandatos programáticos y sus restricciones multidimensionales en el abordaje desde los equipos de APS.

- Imágenes prototípicas de los usuarios de pasta base. La existencia o no de este prototipo y su fuerza, a qué se asocia (características personales, familiares, condicionantes sociales.)
- Sus expectativas y auto percepciones acerca de las acciones que ellos desarrollan. Serán una contribución para el cambio de trayectorias vitales?
- La confianza o desconfianza en el otro y su relación con la confianza o desconfianza en las propias prácticas.
- Su postura en cuanto a líneas programáticas planteadas desde organismos de salud vinculadas a pautas de tipo de abordaje que los afecta como equipo de APS directa o indirectamente.
- Sus ideas sobre los obstáculos y oportunidades para el abordaje con la población de usuarios de PBC desde APS.
- Su percepción sobre autoeficacia de sus propias prácticas: por formación profesional, actitud, trabajo con otros integrantes de la red territorial, etc.
- Su concepción sobre el vínculo sanitario: más asociados a principios de beneficencia o de autonomía? . El profesional posicionado como facilitador de procesos propios de los usuarios o como dador de saber (posicionamiento de beneficencia que podría agudizarse especialmente en lo referido a temas con fuerte componente de estigmatización - drogas, aborto, maltrato, etc.)
- Cambios auto percibidos (en su modalidad de concebir el “vínculo sanitario” y en su modalidad de abordaje) en el último tiempo y a qué refieren: nuevos paradigmas de interpretación, formación, vínculo y trayectoria recorrida con los usuarios.
- Tipología de profesionales de acuerdo a capacidad de generar vínculo sanitario de calidad con UPD: desde perspectiva profesionales de la salud y desde perspectiva usuarias PBC.

### Las prácticas profesionales desde los usuarios

La intención es lograr acceder a las visiones que los usuarios construyen acerca del rol desempeñado por parte de los profesionales de la salud – integrantes de equipo de salud (sean médicos o no médicos). Importa indagar a partir de la experiencia personal del vínculo entre el entrevistado y el equipo de salud o el servicio.

- Se consideran usuarios? Porque se consideran usuarios?
- Su relato sobre situación pasada y situación actual
- Relación recursos de salud, en particular con “la policlínica del barrio”, si asisten y por qué motivos. ¿Por qué va la gente? ¿Por qué pensás que está

ahí, que hay varias policlínicas “de barrio”? (su idea sobre proximidad del servicio)

- Si ah pedido ayuda por tema de consumo. ¿De qué manera? ¿A quién?
- Como se auto percibe – y como cree que lo ven (vinculado a obstáculos en el acceso y a la estructuración de “lugar social”)

¿Donde ponen el énfasis los entrevistados? El uso de PBC en barrios tales como Punta de Rieles y Malvín Norte es visto como:

- Problema de seguridad : asociado al delito menor e intrafamiliar, favorece cultura del miedo - desconfianza
- Problema sanitario: asociado daños físicos , psicológicos, experiencias y patrones de crianza doméstica
- Problema de integración social : asociados al surgimiento de nuevas vulnerabilidades , un nuevo tipo de “desafiliados por excelencia”

## CAPÍTULO 3: QUIENES SON LOS USUARIOS

La categoría “pastabasero” o “pastoso” se refiere a la imagen que ofrece el usuario habitual de PBC: un ser extraño, enfermo, gris, difícil de tratar, con alto potencial delictivo y poco potencial creativo. Como en muchas otras situaciones, asociado a los comportamientos, se atribuye una condición del “ser”, lo cual para el tema del consumo de drogas y más aún de pbc, se relaciona lógicamente con la noción de la “enfermedad de la voluntad” sostenida desde el *modelo de la enfermedad*.<sup>28</sup> La persona “adicta”, “pierde” la voluntad con lo cual perdería la capacidad de autonomía para tomar decisiones racionales.

Al acercarnos a cada uno de estos “pasatabaseros” observamos una historia y un sentido de vida orientado, una búsqueda personal, propia de la condición humana, y unas fundamentaciones tremendamente racionales desde el punto de vista sociológico, donde sin dejar de considerar las particularidades, hay algo compartido que se explica por los márgenes de su mundo de lo posible para ejercer responsablemente lo que la dinámica de una sociedad capitalista y con valores patriarcales, les impone.

Vemos varios indicadores y detalles de la fineza del trazo de los dispositivos de biopoder, y de la convivencia de funcionalidades y resistencias representadas en acciones y formas de vida movidas por explicaciones “comunes” (en escancia, parecidas a las que explican otros comportamientos) y sostenidas y reconstruidas por complejas redes sociales que involucran a actores en diferentes lugares de la estructura social.

Hablamos de “usuarios” como abreviación tal vez poco acertada por el riesgo de caer en una etiqueta individualizante; cuando claramente nos referimos a personas que “usan drogas”, más como una categoría situacional y social que individual.

Sus relatos hablan del para qué del consumo y más específicamente del “enganche” con el consumo. Entre otras cosas parecerían buscar alivio, identidad, conexión, pertenencia, desconectarse de sensaciones dolorosas, aliviar diferentes tipos de afecciones emocionales, tomar contacto con estados placenteros, “desenfocarse”, “la cabeza va paí”, “aliviar el nudo”, dicen. Entender el sentido de estas búsquedas será una clave fundamental para observar y analizar el mundo interno de ese otro a quien como sociedad se le da su lugar, su función, pero no se lo puede comprender o se resiste a hacerlo.

Interpretar el uso de drogas y el involucramiento en el “mundo de las drogas” como una actividad autodestructiva, producto de motivaciones que van contra la vida

---

<sup>28</sup> Referencia sobre origen de dos grandes modelos para la comprensión y abordaje de tema drogas : *modelo de la enfermedad* y *modelo del aprendizaje social*. Disponible en: <http://ukcatalogue.oup.com/product/9780192628619.do>

personal y familiar, como síntoma de “pérdida de valores” , restringe el marco de observación y lo limita a una *racionalidad universal* que no explica las muchas y distintas situaciones y lógicas. Ubicarnos en un marco interpretativo basado en las *racionalidades múltiples*, desde la cual se amplía y complejiza la construcción de la categoría “usuarios de PBC” basándose en una evaluación subjetiva costos-beneficios; donde el beneficio de pasar una noche de consumo y terminar “amanecido”<sup>29</sup> puede resultar más valorado que el costo de no ir a trabajar y recibir una sanción por eso. Entendiendo que las personas que están en situación de dependencia a la PBC no buscan dañarse o eliminarse sino una búsqueda de sentido y un eliminar el sufrimiento íntimamente asociado a su lugar y su forma de estar en el mundo.

Consumir una droga es un recurso accesible para la modificación voluntaria del estado de conciencia , cuando esto se torna un hábito (sin la mediación médica) y ese tipo de hábito presenta una distribución desigual, concentrándose territorialmente en determinadas zonas , es claro que hay factores de contingencia que lo condicionan. La **accesibilidad** (a la sustancia y a los circuitos de comercialización y consumo normalizados) y la **funcionalidad** (asociada a determinadas trayectorias de integración-expulsión a nivel escolar, familiar e insitucional) son dos de estos grandes factores condicionantes, y se manifiestan en escenario cotidiano de los procesos de aprendizaje, sumando un tercer factor que estaría relacionado a las **disposiciones individuales**. La combinación de estos tres factores explicaría también el hecho de que en estas zonas de mayor precariedad se concentre el inicio del consumo de PBC a edades más tempranas.

En esta sentido es que vinculamos el uso de PBC como una manifestación humana y social del “estado de inserción” (un estado más que una etapa) al que hace referencia Castel (2007).

#### LA FUNCIÓN SOCIAL DEL “PASTABASERO”, ARGUMENTO SUBJETIVO Y SOCIAL PARA ESTAR POR FUERA, SIN DERECHO A ACCESO

Surge claramente como una de las condicionantes subjetivas y sociales que le dan un sentido al comportamiento de consumo de PBC como aspecto estructurante de este “lugar social”. Ocuparlo es excluyente de otros vínculos o prácticas vinculadas a la “vida normal”, como dicen los usuarios.

Hablo de condicionantes subjetivas pues así lo manifiestan, identifican de alguna manera esta “función” fuertemente arraigada a la relación específica entre sus *activos* y la *estructura de oportunidades* que les toca. Argumento válido que usan para justificar su consumo: “estar en un lugar de mierda tiene una función de

---

<sup>29</sup> Término que usan los usuarios para referirse al estado anímico sentido luego de una noche de consumo que no termina hasta el otro día

mierda que alguien tiene que cumplir” o “alguien tiene que cumplir esta función de mierda y a mí me tocó estar en este lugar, así que lo voy a desempeñar como corresponde”, sería el mensaje.

Realizar comportamientos delictivos o descuidarse y “engancharse” en un proceso de “abandono personal”, tiene su racionalidad en el marco de un proceso que involucra la respuesta de los otros (incluidos los equipos APS)

En condiciones de desigualdad social y acumulación de desventajas, los procesos de etiquetamiento más temprano que tarde se hacen estigma y su persistencia en gran parte se sostiene gracias a esas matrices de etiquetamiento y a la incapacidad de las instituciones (que tienen la misión de promover y garantizar el desarrollo humano y la protección) de cuestionar o romper con esas matrices y generar accesibilidad. Eso requeriría cambiar la mirada, complejizar los mecanismos de vinculación, desarrollar nuevas competencias profesionales que permitan diversificar la oferta asistencial tanto como sea necesario para incluir el caos y lo inesperado, antes de “ordenarlo” para que se adapte a la institución, pues en esa maniobra se corta la posibilidad del vínculo.

“...uno de los pasos más cruciales en el proceso de construcción de un patrón estable de comportamiento desviado quizá sea la experiencia de haber sido identificado y etiquetado públicamente como desviado”<sup>30</sup>. Los usuarios en su relación con otros construyen esta *conciencia para sí*, de saberse desviado, identificarse como tal y así por ejemplo, “perpetuar su accionar desviado de forma tal de ser descubierto”<sup>31</sup>.

La práctica del consumo habitual ¿se trata de un indicador de auto castigo? ¿O una estrategia de comunicación, de pedido de ayuda, o de rebeldía? En cualquier caso el sentido de estos comportamientos “desviados”, como lo es el uso de PBC, que claramente tiene un fuerte componente de desigualdad social, aunque comprometa procesos fisiológicos como ser la dependencia, la tolerancia, la abstinencia o el craving<sup>32</sup>; interactúa predominantemente con la función social, la respuesta de los otros o las expectativas subjetivas de esa respuesta.

Por tanto esta “función social” del “pastabasero”, “pastero” o “pastoso”, también juega su papel en el vínculo (des) con los equipos de salud. La “norma de interioridad” que plantea Castel se hace patente. El profesional de la salud, se

---

<sup>30</sup> Becker, H. 2012. **Outsiders – Hacia una sociología de la desviación** Pag 50

<sup>31</sup> ibid

<sup>32</sup> Término que se refiere al deseo profundo e intenso de consumir que compromete procesos fisiológico, cognitivo conductuales. Importa concebir el término “no sólo como un cuadro fisiológico, sino como un fenómeno subjetivo con bases biológicas y psicológicas”, donde sin duda los procesos de adjudicación social inciden (interesante línea de investigación). Sobre definición de craving:

<http://books.google.com.uy/books?id=bnV6Tx6hD5cC&pg=PA133&dq=craving+en+espa%C3%B1ol&hl=es&a=X&ei=e8D4U-epDs-lyASRi4GADA&ved=0CBIQ6AEwAQ#v=onepage&q=craving%20en%20espa%C3%B1ol&f=true>

autodefine, se siente y se hace inoperante, pues su oferta es inadecuada para la situación y el momento del usuario, además en un contexto de sanción social que exigiría una aproximación estratégica a la construcción del vínculo de confianza.

Y esta no-competencia es justificable por los propios referentes de equipos de aps. Las *técnicas de neutralización* operan tanto para los usuarios como para los profesionales, para unos esto (el enganche con el consumo y la cascada de hábitos asociados) puede implicar una forma de venganza, castigo, autocastigo; para otros (el no ofrecer o promover atención) una forma de poner límites en su rol profesional, una forma de autocuidado.

En este sentido, las “funciones sociales” fijadas en la subjetividad de las personas, legitiman determinadas *técnicas de neutralización* que operan como obstáculos para desaprender unas formas de desempeñar un rol, por ejemplo.

#### CADA USUARIO DE PBC UNA PERSONA, CADA USUARIO UN MUNDO: PERFILES

Ubicaremos el perfil de los usuarios de acuerdo a su relación con esta “función social” para luego ir complejizando cada uno de ellos.

De esta manera aparecen los más *transgresores*, que llamaremos “funcionales” porque ese lugar les da sentido de rebeldía, un lugar social que así mismo genera tal vez posturas más tendientes a la estigmatización pues se trata de personas que “no tienen valores”, que llegan a estados “casi de animalidad” (comentarios de dos de los profesionales de equipos de salud de APS entrevistados). En algunos hay algo así como de militancia por el lugar, de rebeldía, de mostrar que están ahí y de hacerse respetar por eso.

Los más *pasivos*, que se avergüenzan y no logran acomodarse en ese lugar, no explicitan, no reconocen o no quieren reconocer estar comprometidos con el consumo, se autodefinen mostrando detalles de “hasta acá llego”, como fuera de la “cultura de la fisura”, generan tal vez posturas más tipo sobreprotección de parte de los profesionales de la salud, pues se presentan más como enfermos de la voluntad ajustándose a expectativas de la mirada sanitarista.

Ambos perfiles son relativos a la edad del usuario y el momento en su trayectoria de consumo. El momento de “luna de miel” con el consumo y todo el circuito asociado puede ser circunstancial, cíclico, y en algunas situaciones podría en apariencia cronificarse. El género es otra variable a tener en cuenta; las mujeres del perfil *transgresores* parecerían presentar características más acentuadas o fuertes, tanto en cuanto al sentido personal subjetivo asignado a su lugar, como en cuanto al nivel de sanción social que ello provoca. Podríamos decir que para colocarse en ese lugar requiere de más competencias específicas para poderlo sostener, priorizando la dependencia al consumo y no a los mandatos de género<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Concepto de DOBLE DEPENDENCIA : “La dependencia de la adicción es vista así como el lado inaceptable de la dependencia mientras que la dependencia de la subordinación no solo es su lado permisible sino también la

Ahí se juegan aspectos vinculados a la maternidad, la prostitución- fisura (diferenciándola de la prostitución como opción laboral, en ese caso obedece a otros móviles).

Por ello es que sería esperable que mayoritariamente las mujeres usuarias de PBC correspondan al perfil de *transgresoras* pues se salen de los mandatos de rol y los vínculos familiares que la requieren presente y disponible, a diferencia de los varones que se caracterizan por ocupar el lugar de “ausentes” en las dinámicas familiares.

Esto también podría generar un efecto más sutil y consistente de culpabilización en las mujeres usuarias, que en los hombres, y por tanto mayor riesgo en cuanto a la accesibilidad al sistema sociosanitario.

## LAS MUJERES USUARIAS

Desde una perspectiva de configuración de vulnerabilidad se destaca la particularidad para el caso de las mujeres usuarias. Los obstáculos para el vínculo entre usuarias PBC – sistema salud parecerían duplicarse. Hay un doble sufrimiento y doble ocultamiento pues cargan con los mandatos de género, donde el uso abusivo de drogas y más drásticamente el de PBC, es una amenaza social, más aún en el circuito de los usuarios pues portan valores morales muy conservadores en cuanto al enfoque de género.

A partir de la observación, de la participación en rondas de conversaciones con usuarios y de las entrevistas es posible constatar el posicionamiento doblemente vulnerabilizado de las mujeres usuarias: el estado de *precontemplación*<sup>34</sup> como mecanismo de defensa, no “ver” o no asumir un problema porque pone más en evidencia la incapacidad de cumplir el rol, y allí la rebeldía opera más nítidamente como “técnica de neutralización”. Lograr asumir un problema vinculado al consumo de PBC implica para la mujer, más que para el varón, pasar por un proceso de culpabilización, sentir culpa y quedar en evidencia ante los pares, la familia y ante la figura del profesional que la reciba en un servicio de salud. Es vista y se siente una “disidente de la feminidad” y se considera que al consumir drogas pone en juego su papel de “cuidadora”, por tanto “fracasa” como mujer.

---

norma impuesta a las mujeres como grupo social.”<sup>33</sup> Fernández, Silvana. MUJERES Y USO DE DROGAS. **Elementos para la reflexión desde una perspectiva de Género.** Publicación El Abrojo 2002.

<sup>34</sup> Modelo Trans teórico de Cambio - Prochaska y Diclemente

1. Vínculo sanitario – prototipo de oferta médica – el “dotor”
2. Vínculo socio sanitario - un poco de humanidad
3. Lo que me da - lo que me quita el consumo de PBC- ambivalencia
4. Solidaridades distintas – código cerrado/restringido
5. Lo que provoca el click, querer cambiar
6. Código de cuidado personal
7. Código de cuidado del entorno y convivencia
8. Lo que soy – lo que ven
9. Un lugar social – la función social de los usuarios de PBC
10. Las mujeres transgreden más
11. Un deseo : querer ser normal

VINCULO SANITARIO – PROTOTIPO DE OFERTA MÉDICA – “EL DOTOR”

- **Oferta restringida**

La sensación de que hay una expectativa asignada del médico al usuario y la vivencia del trato protocolizado genera dificultades para construir una expectativa de tratamiento oportuno. El usuario se siente fuera de su campo de juego como para plantearse internamente alguna crítica o sostenerla mediante su conexión con un vínculo alternativo al circuito cotidiano de consumo o el “demandante” de la familia, por ejemplo. Menos aún está en un universo de lo posible plantearla en la consulta médica o con los equipos de salud. El derecho a la salud se restringe por barreras simbólicas y se debilita su idea de derecho universal.

- **Ella quería una cosa y el doctor quería otra**

*Y fuiste solo una vez a la policlínica...?*

*Lo que pasa que no era lo que yo quería, yo no quería dejar de consumir y el médico me decía que no tenía que consumir (FF)*

- **“Qué le duele?”: recibe la demanda no la construye**

*Lo típico de un médico.. “hola sí, como andas? Que te duele? Te duele ahí bueno, te revisamos un poco, toma esto y esto y ya se te va a pasar, sino se te pasa volvé, chau chau (MM)*

- **Esperan, no vienen**

*Yo pienso que si el médico viniese a uno y planteara la propuesta, si el médico viniese a uno y le ofrece...yo pienso que sí, el usuario va a ver esa necesidad...pero ya eso “de ir” no es de nosotros , por la enfermedad mental que te digo, pero si alguien viene,*

*como vinieron ustedes, en su forma, eso está bueno , porque nosotros no somos de ir, encaramos muchas cosas, pero el trato o ser sociales no lo encaramo aveces, yo pineso que si los médicos viniesen... (PN)*

- **Nos ven sin arreglo, no tienen nada para hacer**

*la policlínica lo primero que dice es , que voy a hacer con estos negros mirá la mugre que tienen y yo también si yo lo miraba por otro hombre haría lo mismos, medio que se discrimina un poco , mucha gente dice ta, este no tiene arreglo...te dicen este no tiene arreglo pero nunca probaron de ofrecerte la mano o algo , de decirte...(PN)*

- **Ser médico, y persona también**

*Ponerse en el lugar del otro...no es que llegues a sentir del todo lo que el otro siente pero te imaginás y si te gusta ayudar , ya está... habrá otros que no les importa o les parece que uno es así y chau... y yo creo que hay gente así , que quiere ayudar que te ve y dice , este necesita una mano de verdad porque solo no puede , hay médicos que encaran así porque son así y hay otros que no ,que van a cumplir el horario o no sé. Me entendés? (MM)*

#### VINCULO SOCIO SANITARIO- UN POCO DE HUMANIDAD

- **Los profesionales que se acercan son “raros”**

*Pero esa mano para nosotros sos vos, no hay otra, yo no conozco, ...como vos y Santiago que no entiendo porque hacen lo que hacen, porque se preocupan por entenderme, si yo no voy me buscan , será que yo no me preocupo por los demás , vos me decís que es un trabajo pero es la persona (FF)*

*Es raro, vos sos la primera persona así tipo doctora que se sienta acá conmigo, que quiere saber de mi salud sobre nuestra salud, pero diferente, no sé (CC)*

- **La diferencia se percibe , no en el sistema o la institución, es la persona: médicos comunitarios, algo nuevo**

*..el tipo, el médico que yo conocí se abrió con todo, el tipo sabía por lo que estaba pasando , el la tenía clara, el vínculo de usuario y doctor el tipo lo tenía medio ya, me entendés? .. era otra cosa , como que me entendía, me preguntaba pero en una buena, me decía , necesito que me digas porque así se cómo te puedo ayudar , más allá que es un médico de familia, me derivó al dentista, a los análisis todo ... y también de hablar mucho con él , de que cosas que para mí no tenían que hablarse ahí , sí hay que hablarlas porque él me iba llevando y eso estaba bueno... no sé si eso era normal porque uno no esperaba eso de un médico ... Como que hay otra sintonía con los médicos de familia, la gente notás que le gusta lo que está haciendo, que le busca la vuelta según cada persona (MM)*

- **Tienen Un saber**

*Yo veo con quien me abro a contarle lo mío...yo creo que la gente que conoce más o menos el tema o está empapado, sabe como entrarle al usuario, pero la gente que no sabe nada no sabe como entrarte.. De repente te habla raro o te mira raro y vos ya sabes que no te va a entender y mejor no contarle nada... (MM)*

- **Capacidad de abrirse a la sorpresa que depara la vida de cada usuario. Rol de habilitar, facilitar , acompañar procesos propios de las personas**

*Que en realidad no te inculcan, no? Que es lo bueno que tienen ustedes, que tiene este grupo, que la gente no te inculca, no te viene a decir, ustedes no nos vinieron a decir, no te drogues, deja la droga, Uds. nunca nos dijeron esas cosas, nos mostraron el camino, otras cosas más allá o más acá que valen más que la droga, nuca nos retaron o nos levantan el dedito, son pocos los que lo entienden (PN)*

#### LO QUE ME DA, LO QUE ME QUITA EL CONSUMO DE PBC – LA AMBIVALENCIA

Podemos acercarnos a comprender la función que cumple el uso de PBC en la vida de estas personas: aliviar un sufrimiento existencial directamente entrelazado con el lugar social que cada uno de ellos ocupa y construye. Se hace evidente que hay motivaciones más profundas que sostienen un “enganche” o una adicción toxicológica, esas motivaciones , si bien propias de la condición humana, de búsqueda de placer y de experimentación de estados alterados de conciencia, también están comprometidas con el lugar social y por tanto desigualmente distribuidas entre la población . El uso de PBC se legitima y es funcional como “fuente de alivio” para ciertos grupos y en determinados contextos sociales, y no en otros.

- **Enfermedad de la mente**

*No lo cambiamos porque va en la mente , porque si no fuera que estamos enviciados lo cambiaríamos, no? digo yo.. ese es el porque , otro porque no hay, es mentira que no dejo porque no quiero (FF)*

*Sí un problema de salud, de salud mental , no es una enfermedad que se arregle con medicamentos ...la enfermedad es mental totalmente, si vos limpiás tu mente , limpias tu cuerpo , tu corazón , tu alma , tenés que limpiar eso primero ..(PN)*

- **Alivia el nudo**

*Y mirá , en el tiempo que llevo de usuario no le he conseguido el placer, sabías?? Es más , no entiendo por qué lo hago, en pocas palabras, la verdad que no ..se que si no lo hago estoy mejor, que loco no? todo pérdida me da, mi familia, mi libertad, años de mi vida...recién ahora estoy tratando de recuperarme , pero placer ninguno...un alivio a no se a qué, pero algo me alivia, no sé de qué me alivia, pero después sensaciones buenas ninguna, me saca el nudo ese que... después nada, no hice amigos, dejé mis valores, mis hijos!!*

*Que es eso del nudo?*

*Es como eso...esa cierta angustia que uno tiene , que gracias a la pasta base , porque uno lo usa como antiproblema, engañado, te saca , te alivia de tu problema porque es otro problema y te enganchás con ese problema (PP)*

- **La cabeza va paí**

*La pasta te deja como inmóvil así, que querés seguir consumiendo y consumiendo , tu cabeza va paí.. sin embargo vos te fumas un porro y te lo fumaste y ta..(CC)*

*Porque sentía que era mi forma de escape , a lo que me estaba pasando en la vida, como que me permitía olvidarme, problemas normales... de crianza, cosas marcadas de la infancia que en un momento sentimental complicado te pegan mal , es como una raíz de lo que después fue esa adicción, si se le puede decir (MM)*

- **Para no enfocar**

*como una falta de búsqueda, cuando vos no te encontrás en tus atrios, tipo como que no te enfocás , como que estas en otra cosa..por ejemplo a mi el tema de mi familia, mi padre preso y mi madre sola , me quemaba, me pegó ..mi madre necesitaba ayuda y yo en cualquiera, necesitaba apoyo para la casa y a mi eso me hacía mal no se porque en vez encararlo bien (MM)*

- **“Me gusta” –el universo de “lo gustable” estando en la rosca (la imposibilidad o el dolor que implica conectar con “otros gustables”)**

Ella como muchos otros siempre habla desde su convicción de haber elegido consumir todos los días y estar en el circuito calle, ella quiere mostrar orgullo y hacerse respetar así como “es” . Las veces que manifiesta interés de movimiento es cuando se siente demasiado cansada de la “rosca” o percibe

alguna señal muy evidente deterioro físico, aunque sus niveles de tolerancia son muy altos.

*Es que yo no voy a dejar de consumir nunca Cary*

*Porque estás tan segura?*

*Porque me gusta, ya está , las veces que deje de consumir la pasé mal, me empastillaron*

*Si pero las veces que fuiste sincera y viniste con la verdad , pila de veces me dijiste `yo no quiero fumar más..yo quiero dejar de fumar, es verdad?*

*Ahh, estaba redurmiendo, no descansés..(FF-CC)*

#### SOLIDARIDADES DISTINTAS – ESTÁS ACÁ O ESTÁS ALLÁ

Hay un código ético asociado al circuito del consumo que habilita un registro de solidaridad diferente , con una lógica propia y cerrada , donde la significación está muy asociada a la idea de entender el craving personal y del compañero, su necesidad profunda de alivio , y eso entraña un motor de adhesión muy potente y de exclusividad (vinculado a la culpa, la vergüenza, la sanción) , pero a su vez, muchas veces, asociado también a un rechazo, posiblemente representado en aquellos que (por su momento o por su tipo de socialización) no experimentan modalidades sostenida, que no desarrollan *motivos e intereses desviados* , porque exista para ellos otro tipo de acuerdos o logren contactarse con otras esferas de actividad que tienen más peso en la valoración personal( Beker, H. 2012).

El aprendizaje de estos *motivos* pasa por la experiencia social e íntima de compartirlo con otros (los “ñeris” , los “compañeros del achique” en este caso) , pero también por la ausencia de otras oportunidades significativas que le provoquen el que “valga más la pena” el circuito de consumo a otros alternativos, tal vez alterativos.

Hay algo de la categorización binaria, de “estoy adentro o estoy afuera” que limita otras habilitantes , otras trayectorias.

- **La fuerza de las lealtades**

*La gente sana, ver otra gente , curtir otra gente, salir del ámbito , es lamentable, porque si estás de aquel lado estás allá , sos parte de eso , si estás de este lado...si estás del lado de la gente sana algo podés rescatar , pero si estás del lado de la gente que esta hundida no vas a rescatar nada, jamás , jamás.. entonces hay que estar acá (PN)*

*Yo no entiendo porque cuando estamos todos con la pipa somos todos ñeris , nos pasamos hasta la última pitada y acá nos vamos a hacer la cosa por una miga de pan? , allá en la montaña estamos unidos y todos pum! Y acá, qué pasa?*

*Acá estamos para construir otra solidaridad, acá estamos para aprender , vos podés quedarte allá en la montaña compartiendo la pipa o podés venir y tratar de hacerla diferente*  
( charla con Mónica en espacio Aleros Malvín Norte)

*luchaba por el grupo, ahora no quiero luchar por el grupo, ahora me tengo que acomodar yo poruqe el grupo la da patràs no se puede hablar, no se puede decir cosas, viste como es? Es para problema, entonces ahora lo que hago es mirar por mi , con el grupo hay un techo. Pero se precisa esta base , se extrña si no está pero mas que nada se precisa , los precisamos, nosotros elegimos estar y uds también dejan de hacer cosas para estar aca y se han logrado muchas cosas, se van logrando (PN)*

CÓDIGOS DE CUIDADO INTERNOS  
DISTINTOS PERFILES DE USUARIO  
DISTINTAS ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DE OTROS

En la ausencia de un vínculo sanitario se pierde la oportunidad de construir conocimiento sobre las estrategias de cuidado propias, y la diversidad interna que presenta la población de usuarios de PBC. La homogeneización de la categoría empobrece el potencial de comprensión y por tanto de intervención situado. Los sistemas de atención no tienen capacidad de registrar detalles que pueden ser claves para construir vínculos significativos y de exigencia adecuada a momento del proceso de cada usuario.

### **Aguanto**

*No no lo tengo el vicio pueden fumar adelante mío que no me pongo fisurado , pueden fumar 4, 5 secas que no me afecta, la llevo (CC)*

### **No fumo la piedra de la fisura**

*Siempre querés la última pitada y nunca lleguás...yo lo que no hago es fumar la última piedrita, la piedrita de la fisura (CC)*

### **Lo puesto no**

*pero una de las cosas que tengo es que nunca vendí lo puesto, siempre llegue hasta ahí..osea es el límite de todo, para mi es el límite de todo , no es lo material , sino que venderme lo puesto significa para mi el día de mañana tener sexo para fumar y no lo tendré, no digo no lo tendré , pero hace muchos años que consumo y he estado en situaciones muy límites , muy agudas ,pero nunca lo vendí (LU)*

### **No me aprovecho**

*Es lo que tiene el consumo de la pastabase , es mala y te hace malo, a mi en mi caso no, yo tengo respeto, sobre todo con ustedes las mujeres tengo un respeto(PN)*

### **Precio de la necesidad**

*pero le dije , bó ponéle vos el precio, no te lo voy a comprar por el precio de tu necesidad , yo no soy una boca...soy consumidora (LU)*

## UN LUGAR SOCIAL – LOS USUARIOS DE PBC TIENEN UNA FUNCIÓN SOCIAL

Hemos desarrollado ya sobre este aspecto, la identificación con este lugar social parece ser parte de los componentes que nos permiten comprender el problema, lugar que se construye en la relación con el contexto, por lo tanto hay mucho de los actores que integran este contexto que también sostiene esta matriz relacional desmembrada, alimentada por la lógica de la protección y del miedo como sentimiento “oficial” , pero con utilidades ocultas. La ambivalencia de este *lugar* entre el rechazo y la funcionalidad de su persistencia, algo que puede ser pista para el análisis de la incapacidad más humana que profesional, de un abordaje sanitario que contemple los principios éticos de la intervención. El razonamiento emergente podría ser: “si están ahí que se queden ahí”.

*juegan con el tema de la ansiedad de la gente , de la fisura de la gente y les compran cosas buenas a chirolas (LU)*

*la gente ya se está acostumbrando...pero en un primer momento a la gente le impresionaba mucho, ahora están acostumbrados que haya gente que requecha para fumar pasta, y la gente no te da ni bola , hay una canción de la catalina, no se si la conocés, que se llama la violencia ... y hay una parte que dice “vos me buchoneás pero fisurado me necesitás”...porque es así, porque la gente cuando ve que no te puede sacar provecho , te buchonean y te discriminan, pero si te pueden sacar provecho, si vos me podes conseguir unas ruedas para mi auto , ahí no te discriminan , sos el mejor porque servías para algo que ellos no pueden hacer*

*Cumplis una función decís?*

*Si es tu rol y el tema de la catalina esta zarpado! , es la vida de un adicto , que la gente lo discrimina pero cuando consigue cosas para mejorar tu calidad de vida , en ese momento no sos el drogadicto, ahí sos el chorro que puede conseguir las cosas , pero cuando no servís para nada, la gente te discrimina como loco (MM)*

### **Lo que soy – lo que ven**

*piensa que somos la mierda, somos la mierda... lo ves al golpear en una casa para pedir agua y te cierran la puerta, tenés para drogarte y no tenés para tomar agua son los pensamientos , a veces te lo dicen , cosas que son así, claras ... se hizo mucho daño, nosotros hicimos muchas cagadas, pusimos el barrio de punta, trajimos los milicos, pero en realidad no somos nosotros es un tema difícil de entender.. (PN)*

#### LO QUE PROVOCA EL CLICK- QUERER CAMBIAR PARA QUÉ

Lo mismo que observar posible condicionantes de persistencia en la carrera del consumo, importa comprender cuales pueden ser los motivos y móviles autopercebidos por los usuarios para “querer cambiar” . Volvemos a acercarnos a la complejidad del asunto donde vemos que los sentimientos de indefensión y débil auto eficacia están vinculados con la capacidad de relacionarse de una manera diferente con otros, poder desarrollar vínculos alternativos a los habituales para el lugar social ocupado.

- **Poner de vos**

*...y a alguno le cuesta escuchar un poco , viste que si no ponés oído a las cosas en medio al pedo , si vos no ponés de vos tas en el horno, por eso para ganar tenés que poner todas las fuerzas en movimiento, es lo que yo pienso (PN)*

*asisto (al punto de encuentro - Aleros) porque me hace bien, me saca de muchas cosas , cosas que son más propias, como la violencia...yo soy una persona muy iracunda , soy una persoana que no resuelvo las cosas con palabras, fue porque enseñaron así*

*Y como las resolvés?*

*A la fuerza bruta ...y todas esas cosas las estoy cambiando , poder hablar, dialogar ...*

*Y eso es algo nuevo en vos?*

*Sí para mi sí..ser reflexivo es nuevo , sí, nunca fui reflexivo , mucho menos tolerante (PN)*

- **Una mano de afuera**

*A todos nos pasa, todos queremos salir, a todos nos pasa lo mismo!! ,lo que no...mirá que cuando estamos acostados la almohada, la que sabe todas nuestras confesiones, los pecados, todo, es la almohada, porque la cabeza trabaja,...todos, no creo que haya ninguno que este contento de estar enganchado, pero sí por brutos, le seguimos dando, le seguimos dando, pero sí, todos queremos dejarla, todos, te lo aseguro...precisamos una ayuda, que te muestren algo, mas gente como ustedes, antes que ...no estoy de acuerdo con el gobierno que pone policías en las calles y mas represión, con represión no vas a ayudar a nadie, si me reprimís sos mi enemigo, no solo que no te escucho sino que te enfrento, la represión no va, tienen que ser gente como ustedes (PN)*

*Bueno, mas allá de mi creencia yo creo en dios... los que me ayudaron fueron gente que no me conocían...cuando yo estaba en el centro estaba mal mal, decidí tirarme debajo de un ómnibus, estaba mal y un guacho que conocí en la calle le dije, le dije me siento solo, me quiero matar.. y me dijo yo conozco a alguien que te puede ayudar, así tipo película, y me presentó a Juan Carlos (pastor) y ta me encaró con la palabra, me dijo todo eso de que él creía que yo podía cambiar y me dio esa oportunidad, y me dieron todo sin pedirme nada, eso fue lo que sentí (MM)*

#### LAS MUJERES TRANSGREDEN MÁS –SUFRIMIENTO EN RESERVA

Los comportamientos evitativos o transgresores de los mandatos de rol generan sufrimientos particulares. Ya sea por el rol del que “se alejan” (cuidadora, madre, etc), como por el que se estructura y “las espera” en el circuito de consumo de PBC, que las encuentra participando en el escenario del “achique” y consumir pasta base con su hijo a upa o de la mano, mantener relaciones sexuales por 20 o 30 pesos, tener un “tío” que cumpla el rol de protector masculino, un hombre siempre que les duplica o triplica la edad, con quienes mantienen relaciones sexuales a cambio de beneficios económicos y afectivos, y donde generalmente se construye un vínculo de mutuo compromiso y un afecto especial, resonante con un vínculo prestado de padre-hija en el marco del cual los favores sexuales se explican y sostienen de mutuo acuerdo por su valor de cambio.

Se trata de un contexto más vulnerabilizante para la mujer usuaria que parecería exigir mayor capacidad de resistencia para ubicarse en lugares alternativos a los asignados. Me refiero a las diversas manifestaciones de estos “lugares asignados”, desde dar de amamantar a su hijo, hasta mantener sexo oral con personas desconocidas por 20 pesos.

*es bravo para una mujer el consumo es mas bravo que para el hombre, porque la mujer se tiene que tirar a hacer cosas que ...por ej, prostituirse en la noche, la noche está brava, hay muchos hijos de puta, y las cosas que vió en un período...venía de una*

*cuna totalmente diferente a la nuestra , nosotros estamos acostumbrados a... y le tocó vivir esa parte , hizo la prostitución y las cosas que le pasaron...y quedó así (PN)*  
(Refiriéndose a una muchacha que pasa con claros indicadores de algún trastorno psiquiátrico y psicomotor).

## UN DESEO: QUERER SER NORMAL

- **Vivirla**

*Entonces no hay nada que quieran cambiar?*

*Sí*

*Qué?*

*Esta vida que no es vida por una que sea vida, una vida normal, porque así no es la vida normal ...una vida normal es vivir del trabajo a la casa , de salir a pasear, salir a comer, salir a divertirse...(CC)*

- **Que cuenten con migo**

*se me rompió la bici, me la arreglas?, me ayudas a servir la mesa?, podés cortar el pasto?...cosas normales , normales del día a día que a uno le gusta que la gente cuente con uno, que se yo , se me rompió esto, me arreglas la manguera, (risas) cosas normales , cosas comunes, me gusta que la gente cuente con uno.. pasarle algo de planta de mi trabajo a mi madre, cosas así (MM)*

- **Tener mi lugar**

*Salir adelante, vivir en otra situación , salir de esta , tener mi casa, lo que a mi me gusta, estudiar por ej, quiero progresar, quiero tener una vida normal , quiero tener la vida que lleva un padre de familia, llevar el pan a mi casa, tener mi lugar, un lugar a donde yo pueda llegar , y me digan papá o cosas así (PN)*

## CAPÍTULO 4 : LOS INTEGRANTES DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

El primer nivel de atención se trata un tipo específico de abordaje: representado por los centros con un nivel de complejidad e infraestructura menor a los de segundo y tercer nivel (aumentan en grado de especialización) . La especialización del primer nivel, podríamos decir, que se relaciona con la capacidad de amplitud en cuanto al abordaje de asuntos que hacen a la salud de las comunidades de referencia, en esta sentido están pensados para que desarrollen un tipo de abordaje territorial , esto es, en permanente vínculo con las problemáticas emergentes y sus causas asociadas a los hábitos de la población. El trabajo “en red” con los recursos institucionales y vecinales del territorio también son parte de la misión de estos centros, en el marco del sistema de salud.

Los equipos de estos centros están conformados por personal de diversos perfiles: médicos especialistas en pediatría, ginecología, nutricionista, medicina familiar y comunitaria , en aquellas que hay consultorio odontológico también se cuenta con esta especialidad. Generalmente también integra el equipo un psicólogo a quien se le asigna la función de “salud mental”. los trabajadores sociales son parte desde su rol de becarios (estudiantes avanzados que realizan una pasantía de un año por cada centro de salud o policlínica). En algunos centro de APS se incluye la figura de los residentes en medicina familia y comunitaria que se integran al equipo durante los tres años del período de residencia. Integran el equipo dos licenciados en enfermería y también son considerados integrantes del equipo de salud el personal administrativo y de limpieza, cargo ocupado en general por vecinos de las zonas de referencia de los centros.

Desde la visión de los integrantes de los equipos de salud , se observan diferentes miradas críticas para argumentar el porqué de la débil accesibilidad y capacidad intervenir desde el primer nivel de atención. Críticas que se manifiestan en tipos de “demanda”, o reclamo institucional, por parte de los integrantes de los equipos de APS. Por otro lado , también manifiestan su vulnerabilidad profesional , sentirse “desbordados” por muchas de las problemáticas emergentes (en uso de PBC y sus daños personales y familiares asociados) , en donde la mirada y el modelo de abordaje cobra particular importancia en cuanto a su incidencia en la construcción del problema que pretenden tratar

Tipos de demanda que plantean :

DEMANDA de profesionalización CLÍNICA – son aquellos profesionales que presentan una **actitud proactiva “ajustada”**. Centran la debilidad en la falta de respaldo y apoyo institucional en el acompañamiento de los equipos, “se necesita más gente que trabaje con nosotros y más preparada para esto”. HH rescata que el sistema ha mejorado, que hay nuevos espacios de trabajo en equipo, hay un paulatino cambio de mirada que si bien no acompaña los tiempos de la realidad de las situaciones , se valora en su intencionalidad y perspectiva de mejorar accesibilidad . En este tipo de demanda se visualiza la tranca en cuestiones burocráticas, en la administración de los RRHH y la inadecuación de los protocolos de acceso a cada situación “acceder a una hora con psiquiatra es un ejercicio de comprensión, organización y paciencia importante, hay mucha gente que no está preparada para eso y que justamente el servicio debería abordar también esa dificultad que es parte de la vulnerabilidad de ese usuario” HH

DEMANDA DE CAMBIO DE MENTALIDAD EN EQUIPOS – **actitud proactiva “rebelde”**. Se señala una debilidad en la actitud de coordinación micro entre los recursos (LL), refiriéndose a la práctica que exige la dinámica territorial , son los equipos que como parte de su profesionalismo deberían asumir también la tramitación del tratamiento de las problemáticas sanitarias vinculadas al consumo de drogas . Se trata de una postura más corresponsable que logra ubicar la temática como parte de la realidad social que se le presenta a los servicios de APS y que por tanto se constituyen en área de intervención pertinente. Se destaca la limitación del vínculo con las situaciones de uso de pbc, también por una falta de competencia actitudinal de la profesión ubicada en este nivel de atención, quedando como trasfondo los impedimentos del sistema, también presentes pero no como condición suficiente para la incapacidad de intervención

DEMANDA HACIA AFUERA- **actitud defensiva**. Por otro lado, hay una mirada que se centra en la falta de recursos “especializados” para atender a los consumidores como condición suficiente para la incapacidad de la intervención sanitaria desde el primer nivel

Se señala que no hay centros de atención, internación y desintoxicación, no hay medicación, no hay lugares de derivación (PP), percepción que por un lado se centra en la especificidad de la problemática como estrictamente asociada al tratamiento psiquiátrico y de internación , y que por otro lado habilita la desresponsabilización del abordaje desde APS con diferentes argumentos: falta de protección- “cuidado del equipo”, falta de formación y actualización profesional , desborde de situaciones “complicadas”, sentimiento de inadecuación del rol (“no sé hacer esto”, “esto no es para mí”). El recurso de la policía en su rol de 222 y los horarios de “reja con llave” aparecen como alternativa de cuidado y vinculación con la población “complicada” (GG)

#### DEMANDA IMPLÍCITA DE QUE OTROS LO ENCAREN

Vista a través del impacto que genera el ver que otros lo hagan.

Los integrantes de equipos de salud de APS entrevistados valoran la práctica del Programa Aleros como modalidad fundamental para el acercamiento de los usuarios, que genera cuestionamientos, diferentes posicionamientos y movimientos en los equipos, en cuanto a la pertinencia de insitucionalidad del abordaje. La pregunta inicial sobre la existencia de “violencia institucional” muestra una posible respuesta observando las reacciones del sistema institucional ante nuevos instituyentes.

Con respecto a esto, las entrevistas permitieron identificar dos miradas coherentes con los posicionamientos personales-profesionales: unos, que si bien valoran y legitiman la presencia del programa y tipo de intervención de proximidad, entienden que ellos desde su rol no lo podrían hacer, por falta de competencia o aptitud pero desde un lugar de inmovilidad que parecería estar mas vinculado a la motivación (des) personal que a lo que se dice “capacitación” ... “a mi en lo personal no me gusta trabajar ese tema” ; o porque definitivamente no les corresponde hacerlo (GG y PP).

No aparecen comentarios o reflexiones críticas acerca de las políticas implementadas, los modelos o estrategias de abordaje necesarios, la pregunta de quién le dará continuidad a estas experiencias de abordaje sociosanitario de proximidad; sino que se presenta una actitud hiper pragmática y acotada de “aprovechar mientras está” comenta GG.

Desde esta perspectiva este tipo de programas serían algo así como los brazos ejecutores de las *políticas de inserción*, desconectadas de lo que entienden como tarea correspondiente a los servicios de APS incluidos en el sistema de salud.

Aparece la valoración del trabajo en equipo pero parecería que más asociado a una lógica de “derivación” y de “cuidado del equipo”, algo que asocio mas a una postura de “resguardo” o seguridad, en donde tanto la distancia y protocolización del vínculo que permite la consulta en el consultorio, como la figura de un 222 o de cerrar la reja es una medida sentida como necesaria. El encuentro con estas situaciones no es interpretado como contexto que habilite la auto revisión del rol y del recurso APS, ni el pienso profesional en cuanto a la transformación y aprendizaje de nuevas formas de mirar y de hacer. Hay una estructuración de este posicionamiento que tiene algo del equipo como “dador” de salud a aquellos usuarios que cuentan con las condiciones o capacidades básicas de acceder al él y una vez que logran “ganarse” ese acceso, el abordaje se configuraría más en torno al principio ético<sup>35</sup> de *beneficencia* y menos en la de *autonomía*. La noción de

---

<sup>35</sup> Código Ético . Disponible en <http://www.colegiomedico.org.uy/Portals/1/Documentos/codigo2012.pdf>

construcción con el otro no está presente como posibilidad de hacer desde el lugar que ocupa, como usuario.

Hay otra actitud, que valora los objetivos y metodología del programa como un modelo, no ya solo como un dispositivo, sino como una forma de hacer que requiere un proceso de adaptación de parte de los equipos, y en su caso personal entiende que necesitaría más “capacitación” para poder integrarse a ese enfoque y modelo de abordaje, con una apertura y necesidad sentida de aprendizaje y no como un hacer de otros o una espacialidad aparte, con apertura a una re concepción de la práctica sanitaria, aunque así mismo reconociendo limitaciones y necesidad de orientación.

La actitud de los entrevistados con relación al planteo del Programa Aleros emergió espontáneamente de las conversaciones y las entrevistas, presentándose como una línea de análisis interesante para los objetivos de esta investigación por su pertinencia en el tratamiento focalizado del asunto: a partir de un “tercero” que provoca movimientos en la relación inicial ( usuarios – equipos salud), vemos las reacciones que eso provoca de uno y de otro lado .

#### “NORMA DE INTERIORIDAD” Y SU MANIFESTACIÓN EN LA SUBJETIVIDAD PROFESIONAL DE LOS INTEGRANTES DE EQUIPOS APS

Para los profesionales de la salud la temática y los usuarios de drogas los vincula con un terreno que no les es propio, no es propio de la disciplina médica, de su área de intervención, lo refieren como un “tema social” y aquí lo de que “no están formados en eso” pesa en la construcción del razonamiento de que no les corresponde abordar desde su práctica sanitaria, pues no cuentan con las herramientas para ello.

Por lo tanto la opción es no intervenir, y eso se presenta de diferentes maneras, mas o menos determinantes y rígidas, más o menos humanistas,... manifestándose sentimientos asociados de impotencia, frustración y de baja o nula percepción de auto eficacia en lo profesional.

Hay algo de “lucha contra la pbc” que se ve como lucha perdida, no se incluye la construcción de ese lugar social del usuarios de pbc -del que en tanto profesionales de la salud forman (formamos parte)- como parte del problema sobre el cual intervenir desde la APS

El problema esta situado en el usuario, la persona, el individuo, desde el concepto de “merito personal”, no tanto desde la valoración de la opresión social estructural de la que la experiencia individual es una representante.. y aquí hay un debate teórico que también debería involucrar a los equipos de APS, el que Philippe Bourgois puntualiza cuando alude a “la relación entre la responsabilidad individual y las restricciones sociales estructurales”: “...la resistencia de la cultura y su ímpetu destructivo, resultan útiles para evitar las interpretaciones simplistas. Por medio de las prácticas culturales antagónicas, los individuos le dan

forma a la opresión que las fuerzas mas grandes les imponen”<sup>36</sup> Considerando esta mirada, entiendo que el abordaje sanitario ampliaría su área de intervención tanto sobre la revisión de la propia práctica médica en APS, como sobre la concepción del “objeto” de intervención, incluyendo como parte de éste las implicancias sociales que están en la base del síntoma, que se manifiesta en el consumo de PBC y sus problemáticas asociadas.

Los “inintegrables” de los que habla Castel están perfectamente integrados, hay una inscripción de los sujetos en estructuras dadoras de sentido, hay una utilidad social que los propios usuarios identifican, critican, pero así mismo es lo que los sostiene...lo que también de alguna manera sostiene la indefensión sentida y manifestada en las prácticas profesionales de los equipos de APS.

La visión de ese “endurecimiento” de la población del que habla una directora de policlínica sirve como argumento para construir y sostener una necesaria distancia, por el “cuidado y la seguridad del equipo”, que de alguna manera se fundamenta en la “norma de interioridad” (Castel) representada en la expectativa de esperar que salgan de “ahí” con los recursos de que disponen sabiendo que son pocos y le juegan en contra (saberes y prácticas que juegan en otra cancha), se devuelve desde este ámbito la función social del pastabasero.

Hay una ambigüedad en los posicionamientos, pues por un lado pareciera haber una valoración de la capacidad de “ganarse dignamente” los recursos y beneficios sociales por parte de los propios usuarios, promoviendo de esta manera su movilización, estimulados a “volver a hacerse cargo de sí mismos”. Por otro lado y paralelamente esto estaría operando como un obstáculo o mala praxis para la construcción de procesos de integración social, en la medida que esta construcción estaría condicionada a los recursos individuales y al tratarse fundamentalmente de poblaciones ubicadas en zonas de vulnerabilidad social, estos recursos son estructuralmente insuficientes.

Desde el enfoque de vulnerabilidad esta “motivación para salir” no es estrictamente personal, es construida *en lo social* y está fuertemente acoplada al “lugar social del pastabasero” que se construye y persiste en la relación con el “afuera” del cual los profesionales de la salud juegan su parte

Hay una clausura planteada desde el enfoque de los integrantes de los equipos de salud, centrada en la dificultad para habilitar la posibilidad del *antidestino*<sup>37</sup>, rompiendo relaciones protocolizadas entre paciente – equipo salud. En la dinámica cotidiana colocar ese “tercer ojo” sobre la práctica habitual o habituada dificulta la posibilidad autocrítica y revisión. La intervención rutinizada se vuelve inevitablemente iatrogénica ante aquellas situaciones que requieren otro tipo de

---

<sup>36</sup> Bourgois, Philippe – EN BUSCA DE RESPETO- vendiendo crack en Harlem. Pag47

- <sup>37</sup> Nuñez, Violeta - Conferencia: **La educación en tiempos de incertidumbre: Infancias, adolescencias y educación.** Disponible en: [http://www.porlainclusionmercosur.educ.ar/documentos/violeta\\_N\\_educacion\\_incertidumbre.pdf](http://www.porlainclusionmercosur.educ.ar/documentos/violeta_N_educacion_incertidumbre.pdf)

abordaje, , reproduciendo mecanismos sociales de expulsión institucional. La orientación , supervisión, acompañamiento a equipos, sería una estrategia necesaria de política en salud para el abordaje en APS de las situaciones de uso de PBC, por ejemplo.

Como es que no hay tiempo para escuchar desde la consulta la demanda del usuario?

*“A todos nos pasa, todos queremos salir, a todos nos pasa lo mismo!! ,lo que no...mirá que cuando estamos acostados la almohada, la que sabe todas nuestras confesiones, los pecados, todo, es la almohada, porque la cabeza trabaja,...todos, no creo que haya ninguno que este contento de estar enganchado, pero sí por brutos, le seguimos dando, le seguimos dando, pero sí, todos queremos dejarla, todos, te lo aseguro...precisamos una ayuda, que te muestren algo, mas gente como ustedes, antes que ...no estoy de acuerdo con el gobierno que pone policías en las calles y mas represión, con represión no vas a ayudar a nadie, si me reprimís sos mi enemigo, no solo que no te escucho sino que te enfrento, la represión no va, tienen que ser gente como ustedes” ( Entrevista con usuario - PN)*

EL PESO DEL ROL DE SER MUJER Y LOS ENTRAMADOS QUE SE REPRODUCEN EN TORNO A ELLA

En las prácticas y formas de abordaje de los profesionales de la salud también se ponen en juego estas valorizaciones, lo que opera como un obstáculo para la construcción de un vínculo dignificante y de confianza.

Ya la institucionalidad impone que una madre dependiente del uso de drogas, deberá separarse de sus hijos

*Por supuesto que si está consumiendo pbc no le va a poder dar pecho al bebé (PP)*

hasta que se “cure” .

Todos los mensajes en torno a la relación uso de PBC –familia ubican claramente a la mujer en un lugar clave: es quien sostiene, por tanto si se “desarma” falla doblemente y vulnera a otros:

*una persona que consume pbc destruye a la familia, situaciones de mucha vulnerabilidad social, personas que no tienen futuro, no tienen nada que hacer, no tienen un proyecto de vida,...(PP)*

*Vienen de familias tipo matriarcados, ausencia del padre, figura de respaldo, de protección, de norma, de ley (GG)*

“podríamos pensar que la psicología de las mujeres que abusan de las drogas es diferente a la masculina. “Curarse” del abuso de las mismas para muchas mujeres

tiene que ver con el curarse de la socialización femenina”<sup>38</sup>. Implicaría un cambio profundo que los profesionales de la salud dentro del modelo médico hegemónico caracterizado por la internacionalidad sanitarista, estén para acompañar ese proceso; y las mujeres lo saben, por tanto es razonable que no consulten por este tema.

Susana Grunbaum ex directora del Portal Amarillo dice en la publicación *develando velos*<sup>39</sup>, que es muy difícil para las mujeres sostener un tratamiento pues sienten que los equipos profesionales no están enfocados en enfrentar y abordar su problemática integralmente, considerando sus marcos referenciales construidos muchas veces, en contextos de violencia y abuso intrafamiliar, a niveles tales que hace que sea posible y habitual, en determinados sectores de la población, la práctica de consumo al momento del parto.

El impacto y la respuesta que esto pueda generar en los equipos de salud es una incógnita, sería interesante conocer cual es el trato que recibe una mujer una vez de explicitar esta práctica y sobre todo conocer los argumentos profesionales que deberían estar orientados por el deber de garantizar el derecho a la salud.

Vale mencionar que desde mi práctica cotidiana, las consultas por el tema del uso de drogas son mayoritariamente por varones, las mujeres consultan desde su rol de “cuidadoras” buscando orientación por un hijo, una pareja, un amigo consumidor.

Se trazan en estos canales habilitantes de consulta, líneas de interpretación de los roles masculinos y femeninos en contextos de pobreza urbana. Desde diferentes estudios sobre “masculinidades” en América Latina, resulta interesante ubicar el lugar del varón en la trama de relacionamiento de género intrafamiliar, lo que algunos autores<sup>40</sup> dieron en llamar el “poder doméstico”, observando cómo las mujeres desde su lugar de “mando” negocian relaciones de poder con los hombres en diferentes ámbitos y situaciones de interacción social, es decir obedecen a los mandatos sociales y se hacen cargo de su lugar, dejando generalmente al hombre en el lugar de ausente o presente para el golpe, y la mujer como referente intelectual y responsable última.

“La socialización de las mujeres está ligada a la dependencia”<sup>41</sup>. Es frecuente que una mujer se defina a sí misma de acuerdo a sus roles familiares y valoren la protección y la autoridad como aspectos que si bien “corresponden” al rol masculino de padre de familia, cuando ésta está ausente, es la mujer que lo lleva y hasta lo demuestra con orgullo. Interesaría indagar acerca de cuanto se relaciona esto de “ser madre y padre” con la evitación del riesgo de ser socialmente rechazada. Interesante observar el rol de las mujeres usuarias de pbc que viven en

---

<sup>38</sup> Fernández, Silvana. **MUJERES Y USO DE DROGAS. Elementos para la reflexión desde una perspectiva de Género.** Publicación El Abrojo 2002.

<sup>39</sup> Publicación Secretaría Nacional de Drogas: **Develando velos** sobre género y drogas, 2012

<sup>40</sup> Hernández, O (2008) **Revista de Antropología Experimental** el antropólogo Bastos (1998) comparó las relaciones y negociaciones conyugales en hogares mestizos e indígenas de Guatemala y concluyó que los hombres no son tan irresponsables como se supone ni su autoridad es absoluta.

<sup>41</sup> *ibid*

grupo o comparten un “achique”<sup>42</sup>, siguen ejerciendo el liderazgo en cuanto a las tareas de organización y cuidado de los demás integrantes del colectivo.

“ En cuanto al concepto de dependencia, Ettore (1998) plantea dos significados sociales diferentes asociados a él: uno que refiere a la adicción y otro al ser subordinado. Estos dos tipos de dependencia tienen también dos valoraciones sociales diferentes. Mientras que la dependencia de la subordinación, del complacer a otros, del postergar las propias necesidades resulta socialmente aceptable y valorada, la dependencia de la adicción a sustancias resulta en las mujeres severamente censurada (tanto por el contexto como por ellas mismas) porque se considera que interfiere u obstaculiza el correcto ejercicio de los roles de género asignados. La dependencia de la adicción es vista así como el lado inaceptable de la dependencia mientras que la dependencia de la subordinación no solo es su lado permisible sino también la norma impuesta a las mujeres como grupo social”.<sup>43</sup>

Una mujer que abusa de las drogas viola muchos ideales, y en un contexto de desigualdad social donde se concentran los “matriarcados” como figuras de soporte clave, siendo además socialmente valorado, vulnera aún más a la mujer usuaria; será también una persona “fuera de control”, sexualmente permisiva, responsable de la desestabilización familiar, y del (des)cuidado de sus pares o parejas compañeras de consumo.

Hay una imagen de “miseria humana” asociada a la mujer usuaria, transgresora y débil, esta imagen explica el tipo de trato penoso o desesperanzado (está tan alejada de su lugar que no hay expectativas con relación a ella), que parecería ofrecer dificultades para concebirla como un “otro” en situación conflictiva. Cuando no reacciona ante su responsabilidad de madre, su capacidad de “recuperación” es mas que dudosa.

*es bravo para una mujer el consumo es mas bravo que para el hombre, porque la mujer se tiene que tirar a hacer cosas que ...por ej, prostituirse en la noche, la noche está brava, hay muchos hijos de puta, y las cosas que vió en un período...venía de una cuna totalmente diferente a la nuestra, nosotros estamos acostumbrados a... y le tocó vivir esa parte, hizo la prostitución y las cosas que le pasaron...y quedó así (PN)*

El “precio de la necesidad” es un código de puesta de precios en el mercado de la “tranza” y la “fisura”, que deja mas vulnerabilizada a la mujer.

*pero le dije, bo ponéle vos el precio, no te lo voy a comprar por el precio de tu necesidad, yo no soy una boca...soy consumidora (LU)*

*pero una de las cosas que tengo es que nunca vendí lo puesto, siempre llegue hasta ahí..osea es el límite de todo, para mi es el límite de todo, no es lo material, sino que venderme lo puesto significa para mi el día de mañana tener sexo para fumar y no lo*

---

<sup>42</sup> Lugares, casas ocupadas, techitos, etc, que usan los usuarios de pbc en situación de semi-calle para pasar la noche, para consumir o para estar, para “achicar”.

<sup>43</sup> Fernández, Silvana. **MUJERES Y USO DE DROGAS. Elementos para la reflexión desde una perspectiva de Género.** Publicación El Abrojo 2002.

*tendré, no digo no lo tendré, pero hace muchos años que consumo y he estado en situaciones muy límites, muy agudas, pero nunca lo vendí (LU)*

Por último resulta interesante considerar la hipótesis planteada por Ettore para interpretar-comprender la situación de adicción a el consumo de alguna droga: “como una forma de renegar, de decir “NO” a las exigencias planteadas por la dependencia de la subordinación”<sup>44</sup>.

Aquí hay una clara línea de interpretación y abordaje con las mujeres usuarias. Otra vez surge la pregunta : por qué desde la consulta de APS no se habilitan estos niveles de escucha? Algo que entendemos muy relacionado con el modelo de abordaje, y los usuarias lo saben. Solo alcanza con ver las carteleras de las policlínicas, hay afiche que dice: “*dá lo mejor de vos, dale la teta*” sobre una foto de una mujer amamantando a su bebé.

#### HABLAN LOS INTEGRANTES EQUIPOS DE SALUD : TEMAS DESARROLLADOS

1. Concepción sobre primer nivel de atención (APS)
2. *el oficio* de aps
3. Lo posible desde la atención primaria en el abordaje del tema uso de PBC
4. Sentimientos que genera el trabajo en APS y con el tema uso de PBC
5. Quienes dicen que son los usuarios de PBC
6. Selección de temas o perfiles que se atienden, por acción u omisión
7. Dilemas (ética de la intervención social y médica)

#### 1. CONCEPCIÓN SOBRE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Las concepciones que manejan los integrantes de los equipos de APS acerca de las particularidades del nivel en el que atienden se sintetizan en tres aspectos

- **Lugar de atención y controles básicos**

*el lugar donde acude la población para los controles básicos, que no es emergencia, ni urgencia (PP)*

*la primera puerta que intenta resolver una primera necesidad amplia (GG)*

- **Puerta de entrada-trampolín al sistema**

*forma de ingreso al sistema de salud y contacto con el sistema de salud y con ministerio de salud pública (HH)*

---

<sup>44</sup> ibid

- **Lugar donde conocer y construir respuestas sanitarias en contexto**

Implica una oportunidad y responsabilidad en cuanto al desarrollo y la profesionalización de la práctica médica en terreno

*Hay temas que hay que atender y tener la capacidad de ver y dar respuesta a temas que surgen en y de la comunidad (LL)*

*Ese tema que te decís es algo que visualizamos entre muchos, con la enfermera, la odontóloga, los vecinos, gente de jóvenes en red, la becaria de trabajo social..Hay indicadores demográficos y epidemiológicos pero es más que nada lo que surge en y de la comunidad, hay que estar abierto a eso (LL)*

## 2. APRECIACIONES SOBRE EL OFICIO DE APS

*Este oficio es mas una forma de ser... porque hay que tener flexibilidad y apertura, capacidad de ver lo que está, sin restringirse... Hay que ver los temas cuando son semilla ...y poder generar acciones que sean saludables o empáticas hacia otras personas, eso es casi un arte ... (LL)*

Requiere una concepción de ser humano basada en un profundo respeto por los derechos del otro, y en la no “factorización” de los casos, que resta calidad y deshumaniza el vínculo sanitario. Desde allí la construcción de un tipo de relacionamiento con los pacientes. Algunos de los profesionales lo plantean como claves que exigen el cuidado permanente pues viven las “dinámicas de trabajo”, la estructura de la consulta, los tiempos disponibles, el sistema; como amenaza o condicionantes que juegan en contra.

*Saber generar vínculo empático y ser solidario (LL)*

*Hay problemas que no son estrictamente médicos que pueden estar incidiendo en la consulta por la cual la paciente viene, hay que saber tener un conocimiento más social de la paciente, darle más tiempo en la consulta, indagar más en profundidad, abarcar más (HH)*

*Conocimiento de varias generaciones de la familia, problemas médicos que se dan, uno los interpreta en el contexto social y familiar (HH)*

*También se requiere el respaldo insitucional, para poder hacer un abordaje más contundente, no a la deriva y a lo que salga o le surja a cada uno, algo que esté respaldado, porque si te falta el respaldo para poder entrar a un lugar y decir “este es mi derecho” y que no te digan “si bueno, pero acá no te vamos a atender” (LL)*

- **Una forma de ser: depende de cada uno ,más que de las líneas programáticas**

Aquí esto de “una forma de ser” parecería ser estratégico para la efectivización de vínculos inclusivos en el primer nivel de atención, pues en parte determina la cosmovisión que se tiene del otro y la capacidad de flexibilización de rol asistencial en los marcos institucionales que se habitualizan (para diferenciarlos de los mandatos institucionales que sí promueven la universalización del servicio)

*Tiene que ver con la persona en su ser interno, en cómo ve al otro como paciente y como persona (LL)*

*Tiene que ver con las modalidades , con las ideologías, con las historias de cada uno(integrante del equipo). .. están los más radicales y también yo creo que la gente se defiende mucho(GG)*

- **Un rol en construcción permanente: se requieren espacios de formación y actualización profesional vinculadas a la práctica.**

*Sí bueno , me gustaría tener una capacitación en la parte donde me toca, si en alguna situación se me llegara a dar , tener las herramientas para saber como manejar la situación y no solo derivar ...claro que sí , pero yo ahora no me siento capacitado (HH)*

*Sería importante que se pudiera actualizar porque hay determinadas generaciones que están trabajando en lo comunitario y no tienen la formación y sí tienen el desgaste (GG)*

*En algunas oportunidades se contó con la presencia de diferentes profesionales con los cuales en determinadas situaciones uno puede recurrir a ellos frente a este tipo de problemas en los cuales uno no puede resolver o ver con claridad (HH)*

- **De acuerdo a la vivencia personal del oficio, al ejercicio de la profesión, la tarea puede tomar valores diferentes:**

La subjetivación del oficio es clave en la calidad del vínculo, la tarea de construcción de tratamientos de proximidad o atención primaria en salud requiere del entusiasmo y la creencia de que se está cumpliendo la función de facilitador en el desarrollo de las propias agencias o activos de los usuarios.

- **vivirla como desgaste**

*muchos estamos para jubilarnos (GG)*

- **vivirla como desafío**

*Si uno tiene una forma de trabajo, no creo que el tiempo te desgaste, te da insumos, te desafía (LL)*

Esto repercutirá directamente en la creatividad profesional , en la innovación metodológica situada y oportuna a la realidad con la que se trate.

- **Dificultades en cuanto al respaldo y responsabilización institucional**

*No tenemos mucho apoyo, ni logístico, ni material...no tenemos móvil disponible para visitar y buscar pacientes que no aparecen , cerramos a las 5 de la tarde y después de esa hora que hace la gente que necesita algo?, no hay una línea, un sistema de postas, un sistema de referencias , de armar una contención para el usuario , y eso a mí me da impotencia porque me resta credibilidad en el sistema (LL)*

- **Dificultades y reacciones en cuanto al perfil de la población usuaria de la policlínica : se percibe un “endurecimiento”**

*Puede tener que ver con el SNIS, no? que algunos usuarios todavía quedan en las policlínicas (los desempleados) ,hay una línea que se marcó claramente y los usuarios que han quedado son de la línea más dura, tal vez tenga que ver con que el asentamiento se ha hecho más duro ..(GG)*

*Cerrar la policlínica más temprano y en invierno después de las 2 de la tarde cuando hay menos personal , que la puerta esté abierta pero la reja no , tuvimos un 222 y la verdad que su presencia hacía mucha porque te das cuenta que los usuarios venían con una actitud y enseguida la cambiaban (GG)*

### 3. LO POSIBLE DESDE TU LUGAR EN EL ABORDAJE DEL TEMA USO DE PBC

- **ver-lo posible del oficio está ligado al modelo de abordaje**

*es como el encare aplicado a lo de Salud Sexual y Reproductiva , para este tema no es algo que lo haya pensado , no sé, no me doy cuenta que se podría hacer ..pero sí, habría que ver que es lo que sucede a nivel familiar que es lo está detrás para que la persona llegue a esa situación , ir viendo en que factores se puede ir trabajando para que la persona pueda salir del consumo (HH)*

- **Nada para hacer, “círculo cerrado”**

*desde el primer nivel de atención no se puede hacer nada, porque tendrían que haber muchos más recursos para el tema, lugares, recursos materiales, económicos , que la*

*gente tenga donde internarse , donde hacer las desintoxicaciones, luego que se reintroduzcan en el trabajo , el estudio ..y eso desde el vamos sabemos que no hay lugares , como están dadas las cosas desde el primer nivel de atención no se puede hacer nada, más que sostener, apoyar, pero es un círculo, estas ahí y no puedes ayudar a resolver el problema (PP)*

- **Lo imposible es no intentarlo** - el vínculo como herramienta profesional

*cuando uno apoya y promueve y está y abre una puerta en el corazón de a gente , esa llave es automática, se abre, entonces eso es lo primero, eso es el primer nivel , no es solo la consulta y el control puntual ...creo en eso porque lo veo, veo a la gente salir, la gente siente el apoyo y confían en uno , así como vos los conoces a ellos ellos te conocen a vos, la gente no tiene donde ir con este tema , si ve algo, una señal, se acerca (LL)*

*Acceder al servicio, darles dignidad y que se animen a usarlo que se sientan con el derecho y que se les dé, ahí vemos cambios pequeños pero fuertes (LL)*

#### 4. SENTIMIENTOS Y REACCIONES QUE GENERA

Hay un sentimiento de enojo atravesado por la sensación de inadecuación del rol ante situaciones que “desbordan” . La carga personal que esto genera, combinado con la evaluación de bajo potencial de intervención propicia el desarrollo de diferentes mecanismos de “cuidado” del equipo que van desde la evitación-protección , hasta el planteo de la necesidad de espacios de procesamiento de equipo

- **Empatía**

*Somos personas también , nos llegan esas personas..no es que el tipo después se va y uno deja la mochila ahí (LL)*

- **Desprotección – seguridad (necesidad de refugio intramuros)**

*No tenemos equipo de seguridad , antes había 222(GG)*

*“es de riesgo para el equipo trabajar con determinadas problemáticas sociales”(GG)*

- **Desinvolucramiento – evitación**

Trata de una clausura operacional, se deja de observar lo que no tiene sentido para la lógica interna de la propia intervención. El razonamiento es que si no hay otros

que continen (familias, recursos, etc) no hay mucho para hacer, se deja de ver el problema.

*no hay mucho para hacer, no hay lugares para que los pacientes sean atendidos (PP)*

*El psicólogo esta mas preparado pero el resto del equipo lo vive como muy invasivo (GG)*

- **Miedo a la impotencia**

Es el sentimiento de dilema y angustia profesional, la persona siente que no tiene las herramientas conceptuales y técnicas habilitantes para ser capaz de ofrecer una respuesta al usuario. La persistencia del consumo como hábito no es aceptable como estadio de tratamiento y vínculo sanitario y provoca una incertidumbre ética y profesional difícil de sobrellevar

*Todos sufrimos de omnipotencia y hay mucha gente que se defiende mucho de eso , el dolor de la impotencia (GG)*

*esto de que si te dicen que sí o te plantean un problema al respecto , uno no puede dar ninguna respuesta, y eso debe ser lo peor que te puede pasar como medico , que detectes alguna problemática y no sepas o no puedas darle ninguna solución a la persona, lo peor es eso (HH)*

## 5. QUIENES DICEN QUE SON LOS USUARIOS DE PBC

- **Destino asignado**

*No tienen nada que perder, nada que ganar, es gente que no hace nada (PP)*

*Son personas con un bajo nivel de espiritualidad, consumen para sentirse bien en el momento (PP)*

*Están en un estado de deterioro..., llegando al límite como de la animalidad a veces (GG)*

*una persona que consume pbc destruye a la familia, situaciones de mucha vulnerabilidad social, personas que no tienen futuro , no tienen nada que hacer , no tienen un proyecto de vida,...(PP)*

- **Asociado a un tipo de disfuncionalidad familiar**

*Vienen de familias tipo matriarcados , ausencia del padre, figura de respaldo , de protección, de norma , de ley (GG)*

*Personas que no logran romper el lazo familiar, por mas que nieguen ese lazo les duele , el tema es que hay un no reconocimiento de ese dolor (LL)*

*Una persona que tiene problemáticas de vínculo (GG)*

- **El uso de PBC visto como un síntoma social**

*Lo que nos están devolviendo ellos es que somos una sociedad inoperante , nos están diciendo que no sabemos hacer nada por nosotros mismos (LL)*

*Lo que hace la pbc es hundirte en tu propia soledad y generarte mayor desasosiego y desconexión y te da un engancho que tenés que romper tus propias reglas de convivencia para poder comprarla (droga rompelasos) (LL)*

## 6. SELECCIÓN DE TEMAS O PERFILES QUE SE ATIENDEN , POR ACCIÓN U OMISIÓN

- **Vínculo selectivo con la población de usuarios**

La forma de trato a los usuarios del sistema asistencial genera condiciones de accesibilidad o no, de esta manera se elige quienes son población destinataria y quienes no. Cuando hay una definición implícita de que determinadas situaciones o problemáticas exceden la capacidad de intervención del propio rol se corre del orden de prioridades y se sostienen fundamentaciones con énfasis diferentes para explicar la dificultad. El criterio de educar a la población en el uso del servicio, por ejemplo, hace que baje la accesibilidad porque aumente la exigencia. El no sentirse capacitado o empático con tal o cual perfil de población también es un criterio de selectividad.

*presentarse en tiempo y forma, sacar hora, tener la documentación(PP)*

*A mí en lo personal no me gusta trabajar con esa población (PP)*

*El equipo de la policlínica no puede tener un vínculo así como el que tienen con el equipo de Aleros con los usuarios (GG)*

*Lo mío es muy específico, yo atiendo al niño y la madres (PP)*

- **Mejor no saber – hasta donde uno está dispuesto a entender**

*Generalmente las madres te niegan que están consumiendo, porque todavía algo están consientes de lo mal que les hace (PP)*

Esta doctora lo plantea como valorando el discurso del ocultamientos en vez de problematizar las condiciones de confianza que se habilitan en la consulta, el vínculo que como profesional construye con el usuario.

- **Internalización de estructuras limitantes del sistema asistencial**

Se asumen las limitaciones impuestas por el sistema como condiciones suficientes para trazar el alcance que corresponde al abordaje de situaciones que requieran un

enfoque o tipo de abordaje diferencial. Cuando se asocia la coordinación con otros recursos a la tarea específica que le corresponde a la asistente social , o cuando se asocia el abordaje de asuntos que implican el sufrimiento emocional de la persona , a la función del psicólogo del equipo, hay una profesionalización obturadora del ejercicio de la atención primaria en salud. Se automatiza y pierde calidad creativa para el abordaje de temáticas emergentes

*Yo creo que uno tiene mucho trabajo y lo que pasa es que hacer esas preguntas de forma automática y no se toma el tiempo en preguntas que son claves darle otro tono para ambientar el diálogo (HH)*

- **Mandato sanitario que restringe el vínculo**

*Por supuesto que si está consumiendo pbc no le va a poder dar pecho al bebé (PP)*

*venir en tiempo y forma, tener un buen trato (PP)*

Hay frases, mensajes que son obturadores de una actitud receptiva de parte de los usuarios ante la orientación del equipo de salud. Por ejemplo, “no darle el pecho” y “venir en tiempo y forma” como criterios básicos que resultan “obvios” para el discurso médico, sin un análisis contextualizado de la situación, puede ser un mecanismo excluyente.

Hay una dificultad profunda en empatizar con las racionalidades múltiples del otro y esto es un asunto clave para la dificultad del vínculo sanitario.

- **Miedo y necesidad de protección que restringe el vínculo**

*“ esta adentro en la policlínica , salí a la calle a mirar, salí totalmente desprotegida , desprovista de toda protección que una tiene cuando tienen cierta distancia cuando entrás al consultorio y de alguna manera estas en otro lugar..” (GG)*

*Lo tenemos muy encima todo (GG)*

- **No sentirse capacitado para ofrecer respuesta**

Hay una necesidad de tener respuestas estandarizadas ( lógica : problema – solución ) parecería que no se dimensiona realmente el poder del vínculo que se presenta en cada consulta como una oportunidad .

- **Los integrantes de los equipos de salud dicen que no hay demanda explícita en la policlínica: los usuarios no consultan por este tema**

**Algunas explicaciones que ofrecen acerca de este diagnóstico:**

**-Miedo** *Capaz que no sabe si el médico lo va a denunciar o que es lo que va a hacer...bajar ese miedo de la persona de pensar si digo que sí consumo que va a pasar? (HH)*

**-Baja expectativa de respuesta** *En salud pública quizá esto de que mucha gente (profesionales) no sepa como manejar la situación, no le dan mucha importancia o no se siente que van a poder ayudar a solucionar un problema y al sentir eso uno ni siquiera concurre y concurren a un lugar donde sienten que los va a ayudar (centros religiosos) (HH)*

**-Complicaciones de acceso** *Salud pública tiene todo una serie de aspectos muy burocráticos que hacen que muchas veces todo sea una carrera de obstáculos en vez de solucionar las cosas en tiempos oportunos (HH)*

**- No darse el tiempo para ofrecer pequeños gestos que hacen la diferencia**

*la pregunta de si “consume alguna droga” se hace y el 98% dice que no , hay algo que esta fallando ... yo pienso que en vez de seguir de largo, tomarse un poco mas de tiempo , explicar un poco más, que no sea esa cosa rutinaria : “si-no” y seguir con el cuestionario,...desde mi lugar lo que puedo hacer es dar esa confianza, dar el tiempo , la explicación de porqué y que a uno los pacientes mas o menos lo conocen de su forma de trabajo (HH)*

**No valorar la “informalidad” de la consulta como estrategia de contracción de vínculo y tratamiento con exigencia adecuada**

*te cuentan situaciones terribles que viven , lo que hacemos no es un tratamiento es una descarga, solo escuchar (GG)*

## 7. DILEMAS (ÉTICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL)

### ● Entre la autonomía y el intervencionismo

Este es un aspecto que genera un dilema profundo y exige una re interpretación del código de ética médica a la luz de cada situación o problemática emergente. Hay varios factores puestos en juego : por ejemplo, la responsabilidad social con que carga la figura del médico o el trabajador de la salud opera muchas veces como presión de tipo “intervencionista” , que a su vez pone en riesgo la decisión de involucrarse con una situación o no cuando se anticipa compleja y demandante , como lo son las situaciones de U de PBC. El enfoque médico biologicista que muchas veces no permite valorar otros componentes que pueden dar pistas para el tratamiento del síntoma, otro factor clave para posicionamiento ético con relación al tema la interpretación de que el usuario tiene una “enfermedad de la voluntad” y que por tanto no está capacitado para toma decisiones.

El llamado proyecto de ley de internación compulsiva , funcionó en las entrevistas como estrategia para reflexionar de una forma bien concreta sobre este asunto y el posicionamiento personal con respecto a ello, parecería tocar dilemas profundos en cada uno de los profesionales de la salud, genera

ambivalencia. Tal vez más vinculada al aparente pragmatismo de la “internación compulsiva” y la fantasía de resolución, que a la convicción de que sea una respuesta adecuada.

*Hasta que punto el hombre , al elegir su propio consumo, tiene el libre albedrío de dañar a sus seres? (LL) (aludiendo a la posibilidad de realizar internaciones sin el consentimiento del usuario cuando éste provoca daños en el contexto familiar)*

*El estado tiene la obligación de velar por la salud de la persona como lo hace en otros campos y cuando una persona entra en una situación en la que no está capacitada para tomar decisiones, no sé si está bien psicológicamente o mentalmente y no hay que dejarla en esa situación , lo principal es tratar de sacarla del consumo (HH)*

## CAPÍTULO 5 : LA RELACIÓN ENTRE USUARIOS Y EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Partimos de dos observaciones orientadoras: 1.- los usuarios de PBC en su relación con el entorno construyen un entramado de mecanismos sociales, personales y biológicos para provocar y sostener la ruptura de vínculos, señalaríamos ese como uno de los daños más significativos asociados al uso de esta droga. 2.- los servicios de atención en salud no son receptivos de estas situaciones, no responden a la problemática del consumo de PBC o lo hacen de forma inadecuada y por tanto ineficiente, a los objetivos de las políticas de integración social. Esta incapacidad de abordar una de las manifestaciones sanitarias de la desigualdad y vulnerabilidad social refleja un mecanismo institucional de defensa que buscamos comprender.

En este capítulo analizaremos el tipo de relación existente entre las situaciones de consumo (personales y familiares) y los servicios de atención primaria, así como aquellos aspectos que condicionarían, de ambos lados, ese tipo de relación.

La pregunta central sería: ¿cuáles son los motivos, las razones, los mecanismos, que están detrás de la imposibilidad de un abordaje sociosanitario integrador con esta población? ¿Cuáles son los obstáculos que impiden esta posibilidad?

“La acción humana sólo puede llevarse a cabo dentro de los límites de este horizonte de comunicación. Los límites de la sociedad son los límites de la autoconstrucción de lo posible en la sociedad”<sup>45</sup>

Esta “autoconstrucción de lo posible” y sus factores asociados será el eje de análisis del que derivan estas limitaciones.

### 1. MANDATOS INSTITUCIONALES DISOCIADOS DEL ABORDAJE TERRITORIAL

No alcanza con que exista un servicio para que esto garantice el acceso universal a toda la población, ni alcanza que existan los mandatos institucionales para que este servicio funcione de tal o cual manera; aquí se presenta como figura articuladora clave al equipo de trabajo y al perfil de los profesionales que lo integran, donde se ponen en juego representaciones sociales y prácticas que será necesario conocer

---

<sup>45</sup> Luhmann 26

como primer paso hacia la mejora de la calidad y aplicabilidad de las políticas y estrategias de abordaje planteadas.

En cuanto a esto es que observamos un desencuentro entre los mandatos institucionales y el cómo se ponen en juego en la práctica, en los territorios, en el vínculo con usuarios.

Si bien el tema del uso de drogas y el de PBC en particular está trazado como “tema prioritario” en el documento presidencial titulado *Por la Vida y la Convivencia*, donde se plantea el “Abordaje integral de la problemática de las personas afectadas por el consumo problemático de drogas y su entorno que implica: la generación de una estrategia integral e interinstitucional para actuar sobre las principales consecuencias del consumo de drogas en particular de la pasta base de cocaína.<sup>46</sup> y el SNIS se plantea el “propósito común esencial de asegurar cobertura universal, equidad en las prestaciones y su financiamiento, eficacia y eficiencia económica y social y una atención integral a la salud”<sup>47</sup> ; la realidad muestra que los usuarios no consultan a los profesionales de la salud del primer nivel por el tema del Uso de Drogas ( y sí lo hacen con otros recursos no estatales de tipo religioso, en primer lugar y con otros recursos especializados, tales como el portal amarillo, que se encuentran saturados, en segundo lugar<sup>48</sup> ) y éstos, asimismo tampoco generan las condiciones y mecanismos de proximidad en este sentido.

Se requiere profundizar en el análisis hacia la construcción de acciones que vaya en la línea de desarrollar condiciones y oportunidades de acceso desde el primer nivel de atención, donde se buscan, desde el SNIS, generar mayor cercanía geográfica y simbólica sostenibles, lo que supondría, fundamentalmente, proveer las condiciones materiales, y estar en sintonía con los equipos técnicos del territorio.

Como señala Filgueira, F (2006) “los obstáculos son parte del campo de acción: “Los obstáculos políticos, sociales y económicos deben ser considerados con anterioridad a las soluciones técnicas: son factores endógenos al problema. Ello no implica que debemos vivir y aceptar un mundo estático, sí, supone, que debemos

---

<sup>46</sup> Planteado esto desde un enfoque de “convivencia” “El problema no es sólo el delito, sino también la cultura de intolerancia, crispación y violencia cotidiana que ha construido la sociedad uruguaya en los últimos años. El pilar central es promover y desarrollar la cultura ciudadana entendida como el conjunto de los comportamientos, valores, actitudes y percepciones que comparten los miembros de una sociedad y que determinan las formas y la

calidad de la convivencia, influyen sobre el respeto del patrimonio común, y facilitan o dificultan el reconocimiento de los derechos y deberes ciudadanos” ESTRATEGIA POR LA VIDA Y LA CONVIVENCIA . Disponible en : [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/15\\_medidas.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/15_medidas.pdf)

<sup>47</sup> SNIS, texto aprobado. Capítulo I. Disponible en: [www.afi.com.uy/files/TEXTO%20APROBADO%20SNIS.pdf](http://www.afi.com.uy/files/TEXTO%20APROBADO%20SNIS.pdf)

<sup>48</sup> Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas – presentación preliminar de resultados sobre cocaínas fumables , marzo 2012 disponible en:

[http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=](http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=)

asumir un mundo que acepta limitados grados de manipulación y transformación por la vía tecnocrática”

Nos encontramos entonces con la necesidad de buscar explicaciones de dos tipos: las de tipo estructural que podrían haberse valorado con anterioridad y ser consideradas dentro del mapa de obstáculos previos, y las de tipo coyunturales y específicas que se juegan en la ejecución situada de los planes.

De esta manera, será necesaria la aproximación por un lado, a los mandatos planteados desde las líneas teórico-programáticas y político-institucionales; y por el otro, a las prácticas profesionales de los equipos de salud que operan directamente con los usuarios y en donde se ponen en juego espirales de descreimiento y desconfianza que moldean la subjetividad y las concepciones de ciudadanía y DDHH de los equipos de salud.

Considerando la conceptualización vigente de la APS, tomada del documento de 2007 publicado por OPS llamado La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, es que a partir de este trabajo de investigación estamos poniendo en cuestión la calidad de la salud en tanto derecho universal. En el documento: *Atención Primaria de Salud en Uruguay - experiencias y lecciones aprendidas*<sup>49</sup>, se plantea lo siguiente: “se abre un campo de debate e intercambio fecundo y estimulante, cuando se quiere “bajar a tierra” los aspectos conceptuales de un modelo de atención alternativo, definiendo sus rasgos concretos y sus aspectos operativos. Es justamente en este punto donde las experiencias de búsqueda y construcción de nuevas formas de atención cobran particular interés. La profundidad e intensidad de los cambios inherentes a la construcción y consolidación de los sistemas de salud basados en APS exige la superación de los tradicionales modelos funcionalistas-administrativistas de clasificación de los sistemas de salud”<sup>50</sup>

Nos centraremos en este: “bajar a tierra”, ubicando una de las líneas explicativas de las dificultades que ofrece, también en determinadas formas de concepción que continúan muy presentes en las subjetividades, tanto de los profesionales de la salud, como de los usuarios y que inciden directamente en la calidad de las prácticas de actores concretos situados en instituciones del primer nivel de atención.

Se trata de un lugar estratégico, el primer punto de contacto, la primera puerta de acceso, que siendo aprovechado podría incidir en la mejora del tipo de abordaje de las situaciones de UPD, pensado en términos de capacidad de integrar al sistema.

---

<sup>49</sup> Disponible en: <http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf>

<sup>50</sup> Ibid.

Por eso es clave analizar las concepciones que tienen los actores allí situados y los vínculos sanitarios que promueven y habilitan, y como esto contribuye o no con un contexto de “encuentro entre dos formas de individuación”<sup>51</sup>

Esto no implica desconocer que en Uruguay se han buscado e implementado nuevas estrategias de abordaje que pretenden contrarrestar los efectos reforzadores del vacío institucional sobre la persistencia de las formas de exclusión. Los Programas de Cercanía y el SNIS son un ejemplo de esta búsqueda, uno de ellos quizás con un fuerte enfoque focalizado, construyendo discriminación positiva, que podría presentar dificultades de integración con políticas más universalistas, otro demasiado universal lo que no permite profundizar en el abordaje particular de determinadas poblaciones.

La pregunta clave se centra en la auto percepción sobre capacidad o habilitación profesional desde el rol de los técnicos que se encuentran en la primera línea de trabajo con la población y el impacto de esta percepción en las prácticas y vínculos con los usuarios .

Estas limitaciones, las que hacen al ejercicio del derecho a la salud específicamente para los usuarios de drogas, no se dan de forma aislada, se presentan, aunque con hipervención<sup>i</sup>, en un contexto de fuerzas en contradicción, en convivencia con la cultura del miedo, ambigüedad política manifestada en el hacer, en la capacidad concreta de implementación de prácticas profesionales y mecanismos institucionales que promuevan vínculos de acceso, donde se reciban, atiendan y acompañen de manera integrada, aquellos problemas sociales que refuerzan los procesos de exclusión. Esto requiere de “poner el cuerpo”, la subjetividad y sensibilidad, requiere de hacer del vínculo que involucra a los profesionales de la salud una herramienta técnica y política. Es ahí, en esta debilidad que vemos parte del problema.

Con multiplicidad de condicionantes puestas en juego, suponemos que hay un nodo problemático clave del orden de lo subjetivo y lo colectivo en la que se sustenta esa debilidad, pues si bien se visualizan ciertas tendencias renovadoras desde los mandatos, éstas se ubican inevitablemente en un contexto, en una realidad marcada, por un lado 1.- por la dificultad de considerar el tema del uso de drogas y de PBC como tema sanitario de APS, cuestión vinculada a la normalización del desigual acceso a servicios de salud y recursos básicos de acuerdo al motivo de consulta, al estilo de vida del usuario y al mérito del “buen paciente” ; por otro lado, 2.- por la presencia en la opinión y actitud de nuestra sociedad, sobre los asuntos de inseguridad pública, asociados al uso de PBC, lo que desencadena la retroalimentación de procesos de desconfianza y descreimiento (tanto en el usuario como en la capacidad de incidencia de la propia intervención sociosanitaria ) y por último 3.- por la responsabilización individual y

---

<sup>51</sup> Castel (97) plantea la existencia de dos formas de individuación : la positiva y la negativa. “Las prerrogativas positivas del individualismo también se aplicarán a individuos que, en cuanto a la libertad, conocen sobre todo la falta de vínculos, y de la autonomía, la ausencia de sostén”: la individuación negativa. pág 469, La Metamorfosis, Castel R.

la *norma de interioridad* a la que refiere Castel<sup>52</sup>, a partir de la cual ciertas problemáticas terminan definiéndose de acuerdo a la voluntad individual de “querer cambiar”.

Tres aspectos fuertemente entrelazados que afectan el tejido comunitario y las relaciones de confianza imprescindibles para el desarrollo de prácticas inclusivas desde el primer nivel de atención en salud.

## 2. LAS “VÍCTIMAS” DE LOS USUARIOS DE PBC , EL RECLAMO SOCIAL DE SACARLOS

Las demandas de aumentar la represión, la internación, el aislamiento de los “sujetos problemáticos”, son indicativas de los aspectos arriba mencionados que, lejos de reducir la violencia, la inseguridad y el consumo problemático, favorecen la consolidación de un círculo de estigmatización y con ello de fragmentación que daña progresivamente el lazo social y el potencial desarrollo de la ciudadanía y servicios inclusivos con un modelo de abordaje alternativo.

Suponemos que mucho de lo que hace al trasfondo de este tipo de demandas sociales, se encuentra en el imaginario y cosmovisión de los equipos y profesionales de la salud. Por tanto profundizar en los soportes conceptuales e ideológicos de estas demandas también nos dará pistas para componernos el mapa de representaciones sociales puestas en juego en la estructuración de los mecanismos institucionales de exclusión. Esto podría ser tema de una próxima investigación.

Es indudable que urgen respuestas que a nivel de las prácticas concretas den cuenta, reconstruyan y reorienten estas demandas. Para esto además de coherencia entre políticas, integralidad entre programas, prácticas y vínculos comunitarios, se requiere de recursos y del convencimiento o al menos la creencia, desde los protagonistas, de que existen transformaciones posibles. De alguna manera estamos diciendo que los equipos de salud, las comunidades, los usuarios y el entramado de vínculos son parte del problema; por tanto la búsqueda de soluciones se complejiza y es en esta línea que se pretende explorar acerca de cuáles son los elementos que hay que tener en cuenta para favorecer las transiciones necesarias que viabilicen progresivamente el logro de los objetivos de la política propuesta.

Las instituciones no sólo no están pudiendo generar mecanismos de integración sino que excluyen, al tratar de la misma manera o mediante un mismo dispositivo de abordaje a poblaciones en situaciones diferentes. Esta falta de eficiencia genera, a su vez, problemas de credibilidad y sostiene un círculo vicioso de la crítica de parte de las comunidades, lo que en definitiva, inhabilita una posible construcción colectiva, construyéndose las ideas de :“las instituciones no resuelven, mucha burocracia, muy complicado” , “las comunidades son así, no esperan , se quejan , no saben relacionarse con los servicios”

---

<sup>52</sup> Castel, R- La Inseguridad Social ¿qué es estar protegido?-

En este camino entendemos que para dar respuestas, será necesario concebir y ejercer un modelo de intervención alternativo : “promover políticas de subjetividad que recompongan una cultura comunitaria en que todos sean reconocidos como sujetos de derecho, más allá de que estas políticas sean locales, focalizadas, interinstitucionales, multisectoriales, diversificadas o integrales.

Lo que se requiere, sí, es de nuevos arreglos institucionales y políticas participativas que tomen en cuenta la construcción de un nuevo discurso en torno a conceptos tales como los de ciudadanía y Derechos Humanos. Este nuevo discurso debe efectivizarse en tendencias que creen una brecha en la espiral de inseguridad que vulnera y aísla simbólicamente (a los usuarios)”.<sup>53</sup>

### 3. ENFOQUE – MODELO RESTRICTIVO DE COMPRENSIÓN Y ABORDAJE

El modelo de la *historia natural* representa un de los modelos más restrictivos para interpretar y comprender los procesos de salud-enfermedad de las personas, y con ello la limitación que ofrece para el diseño de tipos de abordaje ajustados a las diferentes situaciones . El modelo de la enfermedad y el paradigma abstencionista también contribuyen con este enfoque que concibe el abandono del consumo y el proceso medicalizado y progresivo hacia ello como matriz de tratamiento privilegiada o exclusiva.

“justamente esta *decisión de no participar* en el proceso, tiene una importancia capital para entender la conducta adictiva , y este argumento supone un reto para el modelo actual de la *historia natural* ( entendido como el paso del individuo a través de una serie de estadios de una forma predecible y ordenada) . El mismo impide que la atención se centre en las evoluciones alternativas al proceso estándar de deterioro”<sup>54</sup> . Desde este lente se pierden oportunidades de registrar y procesar estas “evoluciones alternativas”

Por otro lado, la concepción de centralizar el problema en el usuario, sin incluir activamente a sus circunstancias y circuitos de referencia, también parecería que es un enfoque que acota los márgenes de abordaje sanitarios. Vale recordar el planteo de Castel (2003) “hasta hoy, la tendencia de los profesionales de la inserción ha sido generalmente dar prioridad a la *norma de interioridad*, es decir, intentar modificar la conducta de los individuos con dificultades incitándolos a cambiar sus representaciones y reforzar sus motivaciones para *salir*, como si fueran los principales responsables de la situación en la que se encuentran<sup>55</sup>” Las interpretaciones psicológicas o individualistas se tornan reduccionistas para

---

<sup>53</sup> Mallo, Susana - Viscardi, Nilia – **Seguridad y Miedos , qué ciudadanía para los jóvenes?** ARTÍCULO : **Violencia, Juventud y Miedos y Jóvenes, justicia.** Diposnible en : <http://www.fcs.edu.uy/pagina.php?PagId=876>

<sup>54</sup> Casas, M y Gossop (Coord) *Recaída y prevención de recaídas* (1993)

<sup>55</sup> Castel, R. 2003, **La inseguridad social:** ¿qué es estar protegido? Pág 97

comprender pero también para construir y ofrecer posibles rutas de intervención realistas con exigencia adecuada a cada caso. Sucede algo similar con la interpretación de la violencia de género y la agresión sexual doméstica, al no contextualizarla como manifestación de la actual crisis patriarcal y su representación desigual en cada círculo social<sup>56</sup>.

#### 4. CONCEPCIÓN QUE SE TIENE SOBRE LOS USUARIOS , COSMOVISIÓN

Hay una clara cosmovisión de los usuarios, que no difiere entre la de la opinión pública y la de los profesionales. Estos interpretan la práctica del consumo como fuente de daños, sin poder visualizar los beneficios subjetivos vinculados al consumo. Desde ese lugar se cierra anticipadamente la posibilidad del generar vínculo con la “alteridad” , con ese otro que desde el punto de vista simbólico presenta códigos y representaciones que pueden diferir mucho de los del equipo de salud, o de los principios sanitaristas.

Se los ve como personas que “no tienen proyecto” , “se aíslan”, “no les importa”, “perdieron los valores”, “arruinan su familia”, “no se quieren a si mismos”, “no hay nada que hacerle” ... esto genera un dilema profesional ante la evidencia de que no saben qué hacer y cómo hacer; genera angustias, dejando en evidencia la vulnerabilidad de los profesionales , provocando un efecto de clausura “protectora” : los equipos de salud asumen que hay ciertas áreas o temas en los que no pueden incidir, entonces los dejan a la deriva .

Si bien se presentan diferentes énfasis para explicar esas dificultades persiste una fuerte idea de la imposibilidad, donde la resignación se convierte en una forma estructurante del vínculo con los usuarios.

En estos vemos al menos 3 líneas de interpretación que ubican el énfasis en lugares diferentes:

- “no hay nada para hacer” - no hay expectativa en la posibilidad de cambio dado que los usuarios no están en condiciones de hacerlo.
- “podríamos pero no podemos” – no están dadas las condiciones que habiliten la intervención, se requeriría de otros dispositivos institucionales con los que no se cuenta, el sistema no lo permite.
- “es muy complejo” – se visualiza como un problema multifactorial , desde la perspectiva de la complejidad, mediado por autopercepciones de falta de formación, preparación, perfil, lo que impacta en los equipos en un sentimiento de imposibilidad funcional : la resignación.

---

<sup>56</sup> Bourgois ,Philippe – **EN BUSCA DE RESPETO**- vendiendo crack en Harlem

## 5. PROFECÍA AUTO CUMPLIDA

Se trata de la construcción de la realidad en función de las expectativas que uno tiene sobre ella. Si pensamos que los usuarios de pbc son seres irrecuperables actuaremos en consecuencia. La creencia de inevitabilidad de los destinos socialmente asignados será uno de los soportes de los discursos, creencias y prácticas que reproducen los mecanismos de expulsión. Así mismo esta cosmovisión y atribución sobre la población de usuarios de PBC incide en la auto-percepción de estos últimos pues condiciona fuertemente las maneras en que se conciben a sí mismos como sujetos con capacidad de agencia, esto es, de transformación de sus condiciones de existencia, y de sujetos de derecho de atención a la salud

Parecería que se ah estructurado un vínculo a modo de mecanismo de determinación de trayectorias, que vuelven a verificar, como una “profecía autocumplida”, aquellos discursos y creencias que sostienen los integrantes de los equipos de salud : “estos no cambian más”

En este contexto la posibilidad del ejercicio del derecho a la salud queda restringida y se estructura tomando la forma de un mecanismo institucional de exclusión que tiene su base, no en un objetivo político, sino en el vínculo, en la relación entre personas (usuarios y profesionales) y en la débil capacidad de romper con matrices relacionales universalistas, incapaces de construir otro tipo de abordajes y objetivos adecuados al perfil de la población.

## CAPITULO 6

*“debido al hecho de que estas formas de poder constituyen ellas mismas la subjetividad del sujeto en tanto sujeto obediente a normas que parecen originarse desde su propio interior o naturaleza, y por tanto difícilmente identificables como formas de represión u opresión, la cuestión de la resistencia en regímenes neoliberales es más que nunca actual y necesaria”*

### CONCLUSIONES

Al concluir revisamos nuestra mirada y nuestros planteos iniciales, ahora a la luz del proceso de trabajo, y nos damos respuestas que propongan nuevas interrogantes.

De esta manera, primero analizaremos brevemente alguno de los movimientos generados en la mirada o posicionamiento del investigador, por considerarlo un componente central que hace a las conclusiones, pues atraviesa el enfoque y el análisis de la realidad abordada, relacionándose en este sentido con el marco lógico, objetivos y las hipótesis planteadas, y de esta manera con los aprendizajes y resultados obtenidos

Luego haremos algunos comentarios finales que intentan destacar ideas fuerza y alguno de los descubrimientos que consideramos más significativos con relación a los emergentes provocados a partir de los objetivos, en un movimiento recíproco entre el investigador y el objeto de estudio.

Por otro lado destacar el potencial o la aspiración de generalización de los conocimientos generados desde un aporte tan acotado y restringido a lo local - territorial como este, que pretende documentar la similitudes con otros campos en los que también se ponen en juego mecanismos y relaciones en circunstancias extremas pero que al ser normalizadas por los propios actores que están en juego, corren riesgo de perder la capacidad de verse como tales y quedar a la deriva. Por último el aporte en clave de apelación al “oficio de hacer-lo posible” como herramienta de acción de las *políticas de integración*.

Al comienzo partimos de una pregunta orientadora: ¿cuáles son los obstáculos para la construcción de vínculo sanitario entre usuarios de PBC y profesionales del primer nivel de atención?

El sentido último de este trabajo estuvo centrado en la idea de contribuir mediante la sociología con la producción de conocimiento sobre este (des)vínculo, que los procesos y mecanismos sociales e institucionales habilitaron, y que por tanto, entendemos, será desde ahí, en diálogo con los actores involucrados, que se pueda cuestionar, desandar y recomponer.

Por otro lado, volviendo a observar el planteo inicial, vemos que hay algo de la intencionalidad de este trabajo que también se fue construyendo en el camino, en compromiso con el enfoque y la manera de acercarse a este vínculo basado en la necesidad de meternos en la comprensión de los fundamentos subjetivos de los actores involucrados, que sostienen un tipo de relación entre sistemas de protección y personas con consumo de PBC.

En este proceso se hizo cada vez más necesario querer comprender los móviles profundos que hacen a las prácticas de los profesionales de la salud.

El posicionamiento metodológico se vuelve una clave en esta búsqueda de acercamiento al sentido de estas prácticas, en sintonía con el *enfoque de riesgo y vulnerabilidad*, y fue habilitante para el redimensionar uno de los aspectos que hacen a la persistencia del problema. Se trata de algo que podríamos llamar una “necesidad de resguardo”, manifestada de diferentes maneras desde ambos actores que son parte directa del vínculo:

en el sentimiento de indefensión o inadecuación del rol de los profesionales participantes de las rutinas institucionales, su enojo, tal vez por ser parte de un dispositivo en el que se sienten desbordados en su capacidad de accionar ante situaciones de altos niveles de complejidad y violencia social; también el resentimiento de los usuarios al que interpretamos junto con Becker (2009) como un sentimiento funcional a este desvínculo; afectaciones, sentimientos y mecanismos que permiten ver los efectos subjetivos de este “atrincheramiento” o resguardo en el lugar o rol social que a cada uno le toca, como forma de cuidado, defensa y protección.

Guiados por la búsqueda de herramientas conceptuales - metodológicas para el acercamiento a este asunto de la realidad, elegimos la mirada que nos propone la necesidad de ubicar en igualdad de condiciones a dos tipos de comportamientos “reprobables”, lo que nos ofrece una forma diferente de interpretación sobre las causas del fenómeno estudiado.

Desde esta perspectiva, tanto sea la adicción a la PBC y sus estilos de vida asociados, como la incapacidad de dar respuesta asistencial desde las instituciones

de salud, representa, no ya un actuar “al límite de la animalidad” como decía uno de las entrevistadas con relación a los comportamientos de los usuarios de PBC que son parte del paisaje comunitarios de las inmediaciones de la policlínica de Malvín Norte, sino que muestra un sentir, un pensar acordes a la lógica de cada campo de participación.

Hacer sintonía desde el sentido con esto, con relación a los profesionales de la salud, se hizo posible progresivamente a partir del movimiento de los propios hábitos de pensamiento y juicios del investigador, que puedan haber iniciado esta búsqueda desde un interés implícito guiado por la tendencia de localizar responsables de este desvinculo y vacío institucional.

Ambos, los de usuarios y los de profesionales, son comportamientos humanos, no animales, que obedecen a móviles sociales y políticos, y es allí donde radica la responsabilidad y no en la apelación a la responsabilidad y voluntarismo individual, que de alguna manera sería la contracara de la “norma de interioridad”, la que concebimos como uno de los obstáculos conceptuales y cognitivos que explican y sostienen muchas de las prácticas profesionales desarrolladas.

Lo que se trató fue pues, de interpretar a ambos desde su lugar de “otro”, es decir, tras la pregunta: qué haría y cómo me sentiría yo estando en esa circunstancia? Siendo a partir de ahí que emergieron nuevos insumos necesarios para analizar la cuestión.

En este sentido la mirada del investigador también pone en juego los riesgos de sesgo, propios del oficio, para la construcción y análisis del problema.

A partir de todo lo anterior y con relación a la primera hipótesis que sugiere la existencia de un desencuentro entre el mandato institucional y prácticas concretas, comprobamos esta disociación la que parecería estar entretejida con dos cuestiones:

- 1.- por un lado la falta de diálogo entre los actores de ambos niveles, la ausencia de previsión y gestión de parte de los administradores de los programas y políticas acerca del impacto subjetivo que para los profesionales tiene el contacto cotidiano con situaciones que presentan altos niveles de violencia interpersonal. Lo cual requiere una formación y competencia técnica y actitudinal específica (disponibilidad para trabajar en y con el riesgo y la incertidumbre), y un posicionamiento político acorde al planteo que fundamenta la universalización del derecho a la salud, incluyendo en este universo a los usuarios de PBC.

- 2.- por otro lado, otro aspecto que nos da luz de entendimiento sobre esta disociación, estaría centrado en el sentimiento de indefensión, entrelazado con aquella necesidad de “atrincheramiento” propia de ambos actores que en nuestro esquema componen el vínculo, y también del contexto social general. Una clausura

operacional que no permite procesar nuevas formas de tratar una misma dificultad.

Lo cual nos llevará mas adelante al planteo de otra de las hipótesis planteadas , que propone el eje de confianza-desconfianza como una variable explicativa, que se suma al análisis multivariado del problema ubicado en el desvínculo. La desconfianza provoca un cierre en los canales recíprocos de dialogo.

Tenemos entonces dos niveles : el que se ubica en el desencuentro entre mandatos y prácticas, y el que se ubica en la construcción del oficio . Oficio como una manera de entender la forma de vincularse entre el ser y la praxis , donde el ser se resuelve y se confunde con sus prácticas.

Con respecto al primer punto y a decir de Filgueira F,(2006) “Asumir que el mundo acepta limitados grados de manipulación por la vía tecnocrática” y que “los obstáculos son parte del campo de acción” es quizá uno de los razonamientos que luego de este trabajo comprendimos en su sentido más profundo o pudimos redimensionar, y que nos da pistas para ubicar la debilidad del accionar de las *políticas de integración* en nuestra sociedad. Los mecanismos que impiden la continuidad de un abordaje de integración en la línea de vida de una persona, de un grupo, de una población, “son parte del campo de acción” , Implica acercarnos a las bases de unas maneras “propias” de ser conservadores que adhiere a la línea de larga duración del *impulso y su freno* como matriz societal que constituye nuestra *configuración de vulnerabilidad* , en la que siempre hay unos grupos para los que la *estructura de oportunidades* no habilita el desarrollo pleno del *activo social*

Para nuestro caso, los profesionales de la salud demandan, reclaman explícita o implícitamente , bajo diferentes mecanismos de defensa, la *estructura de oportunidades* que les habilite a desplegar su ser *activo*. Observarlos desde su vulnerabilidad nos permite comprender una lógica de actuación, juegan su juego, en un campo fragmentado que no logra generar canales reales de comunicación y vínculo. Lo cierto es que parecería que no saben qué hacer, ni cómo hacer.

Es en este sentido que vemos la fragilidad del capital relacional representada también en las prácticas profesionales, no solo en la vida de los usuarios.

De esta manera podemos analizar las causas estructurales de la falta de confianza de aquellos en estos últimos, pero también en la propia capacidad de contribuir desde su rol, que autoperciben como restringido o inoportuno o superado por las problemáticas emergentes.

Desde esta precepción de restricción o viceversa se crean mecanismos estructurales de defensa como ser la **tolerancia** a que ciertos grupos pierdan el derecho a acceder a la *estructura de oportunidades*, lo que comprendemos como una problemática estructural de desigualdad de la que las instituciones y personas

con roles centrales de protección, y potencial para la reconstrucción de lazos son parte.

Ellos se perciben como vulnerables por falta de herramientas tales como de formación y actualización permanente, de respaldo institucional, de orientación profesional en campo. Otros emergentes observados como obstáculos tienen que ver con la inevitabilidad de la puesta en juego de sus juicios morales y expectativas de lo deseable o saludable desde una racionalidad universal, en su relacionamiento con las racionalidades diversas, propias de los usuarios.

Son frenos a los impulsos de integración y acceso universal plantados desde el SNIS, la APS y el código de ética médica.

Cada uno de aquellos aspectos hacen a los obstáculos para el vínculo, muchos de ellos se relacionan con construcciones sociales y profesionales conservadoras, que desde un *enfoque de riesgo* se trata de aquellas que impactan en la sensibilidad del miedo y la desconfianza, el abordaje sanitarista, prevencionista y manicomial; centradas en las matrices vinculares de “sobrepotección” y/o “estigmatización”, de determinadas problemáticas socio-sanitarias como lo es el de los sufrimientos y daños vinculados al uso de PBC.

Dos modalidades de fragilidad relacional, las de los profesionales de APS y la de los usuarios, que se encuentran para construir el desencuentro.

Otra de las conclusiones está vinculada a la imprescindible complejidad del enfoque, queda pendiente o planteado para futuras investigaciones la necesidad de considerar especialmente al contexto familiar de las situaciones de uso de PBC, y al contexto residencial y comunitario en el que los usuarios se crían, transcurren y construyen su lugar.

Se trata de posibles ejes de análisis complementarios para enriquecer el estudio en cuanto a los vacíos institucionales y potenciales puentes de vínculo sobre la complejidad del tema. A modo primeras pinceladas observamos que:

En cuanto al contexto familiar, es interesante destacar que todos los entrevistados provienen de familias con niveles importantes de violencia intrafamiliar tales como abuso sexual y violencia física en la niñez, haber presenciado situaciones de violencia entre adultos de la familia y tener en la actualidad una mirada crítica o muy crítica con respecto a eso. En todos los casos las madres y abuelas son las portavoces del sufrimiento familiar por el consumo y situación de vida del usuario en cuestión. “mujeres con las que hemos trabajado, que han logrado cambiar cosas de su situación de violencia de género ejercida por sus maridos, ahora quedan enganchadas con esta otra violencia, la de estar desesperadas atrás de sus hijos adultos y bancarles todo porque están consumiendo pbc...” dice una

referente institucional de La Pitanga<sup>57</sup>, primero el tema del robo adentro de la casa , un acto violento, después los candados, después no poder salir por miedo a que entre... Este entramado es en sí un asunto que hace a la configuración de la problemática del usuario, por tanto vemos allí un potencial importante para el abordaje y otro desafío para el oficio de APS. Conocer y aproximarse a estas configuraciones familiares, sus roles y funcionalidades internas, los sucesos dolorosos vividos , las modalidades de cuidado caseras, como por ejemplo la de atar a un hijo a la cama por miedo a que salga a consumir y se involucre en circuitos de la “transa” que puedan poner en riesgo su vida, o la de no dejarlo entrar a la casa por miedo a que robe , y eso provoque reacciones de agresividad física de parte del referentes adulto hombre, quedando los niños del núcleo familiar expuestos a vivenciar esos episodios; o denunciarlo a la policía , con todo el sufrimiento que eso implica para esa madre.

En cuanto al contexto comunitario, interesa destacar particularmente, como atreves de las conflictivas que se generan a partir del trabajo con los usuarios en una propuesta grupal semanal, promovida y gestionada desde el Programa Aleros. Estas conflictivas manifiestan el descontento o la incomodidad , mas o menos explícito, pero muy nítido, y la resistencia a que la población de usuarios tenga participación en un espacio propio de la comunidad (en Punta de Rieles, en el Teatro de Barrio de Punta de Rieles y en Malvín Norte , pegado al centro cultural de la comisión vecinal, en un pequeño local municipal)se reúna semanalmente haciendo actividades de escritura, huerta, participación en espacios de red, además de atención básica en documentación, salud, higiene personal , entre otras; y fundamentalmente se construya un lugar alternativo y hasta un nuevo actor social, que plantea nuevas conflictivas y resistencias .

Se trata de un modelo de intervención sociosanitario que instala una contrapropuesta a la de ofrecer respuestas a los reclamos de “ubicar” a esta población en otro lado, en un lugar que no sea visible, que no proponga la exigencia de convivir con un actor conflictivo. Se trata de un modelo que por razones tanto éticas como estratégicas, quiere des individualizar el asunto, y eso claro está , genera ruidos. Justamente esos ruidos son señales orientadoras, , pues son puntos de choque con estructuras restrictivas basadas en la individuación.

En la misma línea de los que sucede con los servicios de APS que plantean la necesidad de “recursos especializados a donde derivar”, el planteo de familias y comunidades y de la sociedad toda, nos permite ver el enfoque y las

---

<sup>57</sup> La Pitanga es un colectivo de vecinos y referentes institucionales, médicos comunitarios y profesionales del área de la salud que promueve una propuesta de NO A LA VIOLENCIA. Está ubicado en el km 16 de Cmno Maldonado, tiene un servicio de escucha y orientación para mujeres , varones y grupos de mujeres que transitan situaciones de violencia de género . Se trata de una propuesta que trabaja en complementariedad con los recursos de la zona, insituacionales y vecinales.

sensibilidades desde donde se construye la relación con la población de usuarios de PBC.

Se trata de reclamos válidos que involucran intereses de cuidado, tanto de los usuarios, del clima familiar, como de la convivencia comunitaria; pero que fundamentalmente manifiestan una incapacidad, una resistencia del orden de lo sensible, que es parte de los obstáculos para el desarrollo de las políticas de integración. Los limitados niveles de integralidad que habilita este contexto social e institucional orientado por la “lógica de derivación”<sup>58</sup>, que no logra procesar sus resistencias internas, ni dialogar para la generación de acuerdos entre sus integrantes con respecto a la forma de desarrollar canales legítimos de integración de los grupos más vulnerables es una de las conclusiones más significativas de nuestro estudio; haciendo que en este caso, los usuarios vivan sus trayectorias “a salto de mata”, en una situación de inserción por momentos, pero nunca integrados.

*“Pero, en su función, este poder de castigar no es esencialmente diferente del de curar o de educar. Recibe de ellos, y de su misión menor y menuda, una garantía de abajo; pero que no es menos importante, ya que se trata de la técnica y de la racionalidad”*  
Foucault, M.

En cuando al análisis sobre los principios pedagógicos y modelos de abordaje planteado en los objetivos hemos desarrollado ya varios elementos que pusieron en diálogo los emergentes que surgen de nuestras aproximaciones a las prácticas de los equipos de las policlínicas de Punta de Rieles y Malvín Norte, con las referencias programáticas y conceptuales utilizadas.

Particularmente interesa para concluir, observar a modo de síntesis interpretativa, la intencionalidad de la acción sanitaria dirigida hacia la “rehabilitación” como una limitante del vínculo sanitario entre profesionales y usuarios, como una orientación iatrogénica de las prácticas.

Al guiarse por el modelo de la *historia natural*, orientado estrictamente por una racionalidad de tipo universal, se restringe la complejidad de la trayectoria de una persona, ubicándola en un esquema binario de “acá” y “allá”, adentro -afuera, habilitado - deshabilitado.

Acotando la forma de relacionarse con el otro, sea en un vínculo educativo, sea en un vínculo sanitario, que requeriría de una apertura que las instituciones y los profesionales que desde allí ejercen, parecen no tener, y quedando en manos de las personas y su individualidad la capacidad de abrir posibles tratamientos que contemplan la singularidad de cada caso, que se presentan como “prácticas de resistencia” y no como modelos o prácticas habituales para la institucionalidad... “quienes trabajan en los bordes, quienes trabajamos en los bordes, intentando

---

<sup>58</sup> asociada a la idea que nos propone Castel (2003) de que la “descolectivización es un acto colectivo”

incluir la singularidad , resistiéndose a transformar las diferencias en desigualdades”, dice Frigerio (2012) .

En cuanto a la especificidad profesional vale destacar los diferentes componentes de rol propios de la profesión médica : “*el médico como profesional* donde deben combinarse la *competencia técnica* y la *competencia humanística*. Con respecto a esta última se destaca el “respeto a la autonomía del paciente”. El médico como cuidador en donde se pone en juego la denominada medicina basada en la afectividad. En este sentido, la medicina además de brindar tratamientos efectivos debe ofrecer cuidados afectivos. El aspecto más relevante de este rol es la confianza entre médico- paciente (usuario)”<sup>59</sup>

La debilidad en la construcción de mutua confianza parece ser uno de los aspectos explicativos de las barreras profesionales puestas en juego. La confianza parece estar presente solo en aquellos casos en que el usuario se adapta a la capacidad de adhesión a “tratamientos efectivos” . Es donde las diferencias de perfiles, estilos de vida, hábitos y competencias de relacionamiento con recursos y servicios, son causas de las desigualdades en el acceso al sistema de protección, donde tras la responsabilización individual de no “adherir al tratamiento”, las diferencias se hacen desigualdades.

El asunto está en que gran parte de los obstáculos se explican por la resistencia a interpretar esta “no adhesión” como una incapacidad del usuario y no como una incapacidad del modelo y del sistema.

*“No hay razones para presuponer que sólo quienes finalmente se desvían de la norma tienen de verdad el impulso de hacerlo. Es mucho más probable que la mayoría de la gente tenga impulsos desviados todo el tiempo. Al menos en sus fantasías, la gente es mucho más desviada de lo que parece. En vez de preguntarnos porqué quienes se desvían de la norma hacen cosas reprobables , uno debería preguntarse porqué la gente convencional no lleva a la práctica sus impulsos desviados”*  
Becker, H

No hay “animalidad” : búsquedas de querer ser “normal” ...Mas allá de los perfiles *pasivos* o *transgresores* atribuidos a los planteos de los usuarios, hay un deseo compartido de “tener una vida normal”, muchas veces vinculado a cuestiones conservadoras de asignación de roles de género y lugares sociales, que no difieren de los mandatos hegemónicos que todos llevamos por ser parte de lo social.

Hacer sintonía con esto, con lo que “lleva” el otro, y lo que “lleva” uno (desde la perspectiva del profesional) es en gran medida llave de la capacidad profesional de desarrollar vínculos y abordajes respetuosos de la autonomía, basados en la

---

<sup>59</sup> Iniciativas Sanitarias -*Contra el Aborto Provocado en condiciones de Riesgo*. Briozzo, L. Pag. 195 .

real comprensión de las trayectorias de vida del otro , en su dimensión más humana y más política, desde donde buscar una adecuación oportuna, entre activos y estructura de oportunidades , que viabilice, en la medida que se extienda como misión de los equipos e instituciones de APS, la necesaria y ausente integralidad de las políticas de integración social.

Volvemos a sorprendernos y a descubrir que las personas, los profesionales, los equipos que trabajan en el territorio no logran empatizar profesionalmente con este asunto, hacer sentido, ser permeables y estar dispuestos a desaprender . Hay ahí un obstáculo muy determinante que consideramos requiere especial profundización. Otra vez el atrincheramiento conceptual del que hablamos impide ver al otro en tanto otro, lo que orienta las practicas desde una racionalidad moralizante e instrumental a partir de las cuales se construye alejamiento y no cercanía ni accesibilidad, y esto alimenta la lógica de la desigualdad funcional. Siendo este tipo de vínculos “curativos” y restrictivos los que interpretamos aquí como uno de sus mecanismos más necesarios y sutiles

Vimos que esto no sólo atañe a los profesionales de la salud sino a la sociedad toda, a las familias de clase media y alta, y a los propios familiares de los usuarios de estos barrios que se cuidan de que sus hijos no entren a la casa, y mantienen a sus otros hijos, los niños, alejados del circuito del barrio y son castigados con violencia y brutalidad cuando no obedecen. Como no interpretar esa brutalidad como una estrategia de cuidado? Es la pregunta que nos hacemos, y luego de mover el foco hacia la comprensión de los profesionales se hace necesaria la pregunta de cómo no interpretar esa práctica como un acto reprobable y de violencia hacia un niño? Parece lógico el sentimiento de desprecio hacia una madre que actúa de esa manera, lo mismo que de una madre que sin estar atendiendo a sus hijos o ir a dormir a su cama, se pasa las horas, los días, las noches fumando pasta base, “amanecida”, sin comer , sin dormir , sin lavarse las manos , sin mirarse a un espejo... Y se hace necesaria otra pregunta: qué es lo que hace que algunos profesionales puedan empatizar con eso al punto de cuestionar sus propios esquemas cognitivos y profesionales, y otros no? porqué unos pueden “desviarse” de esa norma y otros no?

Parecería que “la pasta base” que es parte del problema, también es parte de la solución , porque allí ellos se quedan , en su lugar y desde ahí tejen su red de relaciones, de la misma manera que Wallerstein (1974-1989) desarrolla su teoría sobre el sistema-mundo, donde explica la funcionalidad de la convivencia entre mercado formal y mercado informal, hay un lado oscuro del lugar que ocupa la población que consume PBC que le permite al otro lado de la sociedad seguir funcionando en un esquema de convivencia y tolerancia de la desigualdad. Los obstáculos del vínculo entre profesionales de APS y usuarios debemos verlos como circunscriptos a ese orden mayor , por tanto concebimos el cuestionar la capacidad del sistema sanitario, destacar la tolerancia a la omisión , es como un intento de perturbar, de trastocar uno de los eslabones de la cadena, de utilizar el potencial de biopoder aplicado a las prácticas de resistencia de ese “orden mayor”.

En un marco de individualización de los riesgos , Los vínculos sociales podrían pensarse y provocarse como estrategia sanitaria, de desarrollo ciudadano y de integración para el abordaje con usuarios de PBC.

Cuestionar lo que otros vean como natural y tolerable habilita pensar nuevas formas de reconstrucción del (des) vínculo, proponer por ejemplo, experiencias sostenidas de aprendizaje de nuevos compromisos, en el sentido planteado por Becker<sup>60</sup> que de alguna manera dialoguen con las lealtades que les dan sentido a sus comportamientos y formas de vida. Ofrecer otras solidaridades posibles, requiere de un encuentro con el otro, requiere de poner el cuerpo desde la profesionalidad y permitirse ser interpelado y sorprendido por lo que ese vínculo tiene de mutuo aprendizaje y reconocimiento recíproco, que atañe al usuario, sus vínculos significativos, y su contexto comunitario y que atañe fundamentalmente al profesional , de forma que alteridad del semejante sea fuente de formación-deformación permanente del oficio y por ejemplo, posibilite institucionalizar articuladamente con los mandatos político programáticos , la promoción y acompañamiento de grupalidades y agrupamientos en sus diferentes formas como una herramienta de abordaje en salud con enfoque político de integración desde la singularidad de cada actor social.

La dificultad de profesionales de la salud en trabajar con el riesgo lleva como contracara la necesidad de habilitar las condiciones para que sea posible trabajar en y con el riesgo, la incertidumbre y el caos, como habilitante de lo nuevo, que permea la institucionalidad en un acto de profesionalización-humanización de los equipos de APS, y que paralelamente continúe el abordaje situado, en los bordes de la institución , que nutriendo y cuestione las políticas sociales

En el largo transcurso de pienso, observación, registro, análisis y escritura de este trabajo emergió como contenido o línea fuerza la noción de ética de la intervención, pues es un eje articulador entre la subjetividad, las prácticas , la construcción del oficio, los marcos institucionales y mandatos profesionales . Indagamos acerca del código de ética médica donde encontramos claves que nos hablan de un marco habilitante de prácticas que promuevan vínculos profesionales y humanos con enfoque de derechos y misión de salud pública , pero siguen habiendo obstáculos de medio camino. En la forma en que el mandato, la referencia, se hace viva en cada práctica, en cada vínculo. Es aquí donde recurrimos a la noción de *extranjero* : “son las personas que no comparten el mapa estético, moral y cognitivo del mundo dominante” <sup>61</sup> y le permite por ejemplo, ver

---

<sup>60</sup> Becker – OUTASIDERS , pág 46 “Como consecuencia de sus acciones pasadas o de su participación en diversas rutinas del orden de los institucional, el individuo siente que debe adherir a ciertas líneas de comportamiento para que las demás actividades sociales de las que participa no se vean afectadas negativamente”

<sup>61</sup> Frigerio, Graciela & Diker, Gabriela (2003). **Educación y alteridad**. Pág 17

detalles de la vida de las personas , de los “pacientes” , de los usuarios ,que no habían visto antes . La extranjeridad como capacidad de sorpresa del otro y de lo que la relación con el otro pueda deparar.

“nuestros trabajo no es otra cosa que sostener frente a otro, a cada otro, frente a todo otro, un posicionamiento contra lo inexorable.

Contra lo inexorable significa la urgencia de una disponibilidad para un compromiso singular y colectivo: salir a forzar a una capacidad que se ignora a reconocerse...Dice el maestro emancipador: *no es del maestro del que uno aprende* (léase del médico del que uno sana) *sino de la relación con el maestro*, cuando esta se inscribe en el signo de la igualdad, la igualdad entre las inteligencias, principio no horizonte, punto de partida al que la tarea nos convoca y nos desafía cuando queremos hacer de este mundo, un mundo otro, un mundo con justicia”<sup>62</sup>.

*“enseñar hasta lo que no se sabe es un modo de dar cuenta de que el otro puede aprender donde nosotros ignoramos, aprender más allá de nuestra intencionalidad de compartir saberes. La expresión viene a testimoniar de lo que puede aprenderse no en ausencia de un maestro, mucho menos con un maestro ausente, sino con un maestro que apuesta a que el otro, todo otro, siempre puede aprender”*  
Frigerio, G.

El oficio de hacer lo-posible tiene mucho de esta extranjeridad, necesita de ella para encontrar líneas de acción creativas en medio de la *interacción cooperativa* (Becker 2012) que sostiene la persistencia de diferentes conductas, vínculos y desvínculos , como el que aquí estudiamos.

Ver una carencia, una enfermedad, o un acto desviado donde se esconden nuestras propias construcciones cognitivas trae consigo unas consecuencias , tanto para el operador social, el profesional de la salud , como para el sociólogo; nos impide incorporar a nuestros marcos teóricos las experiencias empíricas del asunto estudiado, el detalle que se presenta cuando ,como plantea Becker (2012), se logra tomar muy enserio los lugares comunes y no se recurre a misteriosas fuerzas invisibles.. “ese marco de pensamiento (y de acción) necesariamente florece cuando uno se hace cargo permanentemente de los detalles complejos de las cuestiones que se propone explicar”<sup>63</sup>.

En ese sentido entendemos que este estudio puede haber perdido en amplitud y alcance , ganando, desde nuestro punto de vista, en profundidad de la observación cercana del accionar de las personas en el contexto de su *interacción cooperativa*, Allí vemos la funcionalidad del desencuentro entre los usuarios y los profesionales de APS . Y lo que más importa es que este desencuentro , estas resistencias a vincularse , no tienen nada de extraño o ajeno , los distintos actores sociales tendrían que poder (tendríamos que poder) reconocerse (nos) también allí, por ser parte de esta trama.

Para terminar y acordes a los días de elecciones , campaña y críticas multivariadas al partido de izquierda mayoritario de nuestro país, en suplementos

---

<sup>62</sup> Frigerio, Graciela. **Subversiones teóricas que desafían las profecías de fracaso**, 2012

<sup>63</sup> Becker, H. 2012. **Outsiders – Hacia una sociología de la desviación** Pág.210

mundo uruguayo del domingo 26 de octubre del presente año, escribe Soledad Platero con el título “politizar la política” : “El propio presidente de la República retiró la política de la escena cada vez que apeló al esfuerzo individual, personal y de conciencia para ayudar a los pobres y cada vez que dijo que los que tienen mucho son egoístas, como si todo fuera cosa de buenos y malos, de corazones generosos o mezquinos, y no cosa de intereses de clase que se enfrentan en la vida de todos los días, a toda hora”- Ese “esfuerzo individual, personal y de conciencia” no se refiere o no lo interpretamos como ajeno a la fuerza de los intereses de clase, sino justamente como una mirada sutil de la contrafuerza y las implicancias cotidianas del hacer político transformador o de la intencionalidad política que tienen las prácticas mínimas, los detalles de los actos personales, profesionales y sociales de todos los días.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguiar, Ximena- Pais, Ana – **Rostros que hacen humo. Historias y miradas sobre la pasta base en Uruguay**, 2009
- Álvarez Lucía y Auyero Javier - **«La ropa en el balde» Rutinas y ética popular frente a la violencia en los márgenes urbanos. Disponible en :**  
*[http://www.nuso.org/upload/articulos/4025\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/4025_1.pdf)*
- Briozzo, L. compilador - Iniciativas Sanitarias - **Contra el Aborto Provocado en condiciones de Riesgo** 2007.
- Bourgois ,Philippe – **EN BUSCA DE RESPETO-** vendiendo crack en Harlem. Siglo Veintiuno Editores. Bs.As, Argentina 2010
- Berger , P L. Luckmann, T. **La construcción social de la realidad.** Amorrortu editores, Buenos Aires ,1972
- Becker, H. 2012. **Outsiders – Hacia una sociología de la desviación.** Siglo Veintiuno Editores. Bs.As, Argentina 2009-2012
- Casas, M y Gossop, M (Coord) **Recaída y prevención de recaídas** . Ediciones en neurociencias, CITRAN, FISP (1993)
- Castel, Robert - **La metamorosis de la cuestión social** *Una crónica del salariado.* Paidós Estado y Sociedad. Buenos Aires 1997
- Castel, Robert - **La Inseguridad Social ¿qué es estar protegido?**

- Fernández, Silvana. **MUJERES Y USO DE DROGAS. Elementos para la reflexión desde una perspectiva de Género.** Publicación El Abrojo 2002.
- Filgueira, Carlos H (2002)– **Estructura de oportunidades , activos de los hogares y movilización de activos en Montevideo** (1991-1998). Fernando Errandonea edit.
- Filgueira, Fernando (2006) **El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina.Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada**
- Foucault Michael **Vigilar y Castigar** *el nacimiento de la prisión.* Siglo veintiuno editores . BsAs Argentina (1975-2002)
- Frigerio, Graciela. **Subversiones teóricas que desafían las profecías de fracaso,** 2012. Disponible en : <http://blogs.vidasolidaria.com/comision-antisida-bizkaia/2012/07/03/subversiones-teoricas-que-desafian-las-profecias-de-fracaso-por-graciela-frigerio/#respond>
- Frigerio, Graciela & Diker, Gabriela Comp. (2003). **Educación y alteridad:** las figuras del extranjero. Textos multidisciplinares. Bs As. Argentina. Ediciones Novedades Educativas.
- Kornblit, A.L.(2007) Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires: Editorial Biblos. Disponible en : [http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/KORNBLIT\\_Historias-y-relatos-de-vida2.pdf](http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/KORNBLIT_Historias-y-relatos-de-vida2.pdf)
- Luhmann, Niklas. **SOCIOLOGÍA del RIESGO** . Universidad Iberoamericana, Colección Teoría Social. 3era edición 2006
- Mallo, Susana - Viscardi, Nilia – **Seguridad y Miedos , qué ciudadanía para los jóvenes?** ARTÍCULOS : **Violencia, Juventud y Miedos y Jóvenes, justicia.** Diposnible en : <http://www.fcs.edu.uy/pagina.php?PagId=876>
- Mallo, Susana - Viscardi, Nilia - **integración social en conflicto con la Ley** Nilia Viscardi . Diposnible en : <http://www.fcs.edu.uy/pagina.php?PagId=876>

- Moreira, Constanza - **Miedo** - Publicado en el diario La República – 11.04.2011.  
Disponible en : <http://www.constanzamoreira.com/miedo/>
- Nuñez , Violeta - Conferencia: **La educación en tiempos de incertidumbre: Infancias, adolescencias y educación.** Disponible en:  
[http://www.porlainclusionmercosur.educ.ar/documentos/violeta\\_N\\_educacion\\_in\\_certidumbre.pdf](http://www.porlainclusionmercosur.educ.ar/documentos/violeta_N_educacion_in_certidumbre.pdf)
- Rodriguez, Dalton - **Contenidos en Educación No Formal , 2009.** Disponible en:  
[http://www.capacitacion.edu.uy/files/indagacion/articulos/contenidos\\_educacion\\_no\\_formal\\_drodriguez.pdf](http://www.capacitacion.edu.uy/files/indagacion/articulos/contenidos_educacion_no_formal_drodriguez.pdf)
- Viscardi, Nilia- **Trayectorias delictivas y rehabilitación : caminos laberínticos de la configuración de futuro en jóvenes infractores .** Disponible en:  
<http://www.fcs.edu.uy/archivos/LasBrujas4-Viscrdi.pdf>
- Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas – presentación preliminar de resultados sobre cocaínas fumables , marzo 2012. Disponible en :  
[http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=50](http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=50)
- Ochoa, Sala María (2010) **El Riesgo en la sociedad contemporánea : de los riesgos clásicos a los nuevos riesgos-** Trabajo de Doctorado en Ciencia Social con especialidad en Sociología . Centro de Estudios Sociológicos – Colegio de México.
- Oscar Misael Hernández (2008) **Revista de Antropología Experimental** nº 8 - Universidad de Jaén (España) **ESTUDIOS SOBRE MASCULINIDADES.** Aportes desde América Latina disponible en :  
<http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2008/05hernandez08.pdf>
- SNIS, texto aprobado. Capítulo I. Disponible en:  
[www.afi.com.uy/files/TEXTO%20APROBADO%20SNIS.pdf](http://www.afi.com.uy/files/TEXTO%20APROBADO%20SNIS.pdf)
- Suarez, h. Rossal, Ramirez, J y otros. **FISURAS. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cualitativas y etnográficas** 2014.

Universidad de la República , Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación  
, Observatorio Uruguayo de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas

- ESTRATEGIA POR LA VIDA Y LA CONVIVENCIA . Disponible en :  
[http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/15\\_medidas.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/15_medidas.pdf)
- Código Ético disponible en :  
<http://www.colegiomedico.org.uy/Portals/1/Documentos/codigo2012.pdf>
- Zavaleta J.- **El laberinto de la inseguridad ciudadana**. Bandas criminales, seguridad de fronteras y regímenes penitenciarios en América Latina. (Buenos Aires: CLACSO, marzo de 2014) Disponible en :  
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20140404054836/ELaberintoDeLaInseguridad.pdf>