



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo final de Grado
Licenciatura en Psicología

**“Accesibilidad al sistema de salud de los usuarios con
consumo problemático de pasta base de cocaína”
(Un estudio en el barrio Malvín Norte)**

PRE- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

MONTEVIDEO, 30 DE JULIO DE 2015

Docente tutora: Prof. Adj. Cecilia Marotta
Estudiante: Diego Germán Vicente Perdomo - C.I. 4659425-5

ÍNDICE

Resumen.....	p.3
Fundamentación y Antecedentes.....	p.4
Referentes Teóricos.....	p.9
Problema y Preguntas de Investigación.....	p.13
Objetivos.....	p.14
Objetivo General.....	p.14
Objetivos Específicos.....	p.14
Diseño metodológico.....	p.14
Consideraciones Éticas.....	p.16
Cronograma de Ejecución.....	p.16
Resultados Esperados.....	p.17
Bibliografía.....	p.18

RESUMEN

El propósito del proyecto es indagar y producir conocimiento acerca de las características que adquiere la interacción entre usuarios con consumo problemático de drogas y el equipo de salud de la Policlínica INVE 16 en Malvin Norte.

El interés se ubica en problematizar la accesibilidad al servicio de salud por parte de los usuarios y sus posibles barreras psicosociales, partiendo del análisis de los discursos y experiencias de los involucrados.

Es a partir de la experiencia realizada en “Punto de Encuentro” y de la información aportada por los estudios nacionales y reportes de la Junta Nacional de Drogas que creemos necesario investigar, indagar y reflexionar sobre dicha problemática.

Para el desarrollo teórico del pre-proyecto se toma como pilar fundamental, el pensamiento de Maritza Montero (2004), prestando especial atención en los procesos psicosociales comunitarios. Se tomarán conceptos como el de vulnerabilidad social de Castel (1991), Mora y Pérez (2006), el concepto de accesibilidad al sistema de salud, centrándonos en la barrera cultural o simbólica.

Se pretende investigar mediante una estrategia metodológica cualitativa, con las técnicas de: entrevista semiestructurada en profundidad y la observación participante.

Pretendemos a través de la investigación aportar elementos para la comprensión de esta problemática y así planificar estrategias para el mejoramiento de las políticas sociales, de esta manera la información y los beneficios retornaran a los actores involucrados.

PALABRAS CLAVES: Accesibilidad- Consumo problemático- Pasta base de cocaína

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

El propósito del proyecto es indagar y producir conocimiento acerca de las características que adquiere la interacción entre usuarios con consumo problemático de drogas y el equipo de salud de la Policlínica INVE 16 en Malvin Norte.

El interés se ubica en problematizar la accesibilidad al servicio de salud por parte de los usuarios y sus posibles barreras psicosociales, partiendo del análisis de los discursos y experiencias de los involucrados.

Surge de nuestra experiencia de trabajo en el dispositivo de anclaje territorial “Punto de Encuentro” (en adelante PE). El mismo está ubicado en Malvin Norte y a él concurren usuarios que presentan consumo problemático¹ de drogas, y que están en situación de calle o semi-calle, dichos usuarios son mayormente consumidores problemáticos de pasta base de cocaína.

Fraiman y Rossal (2009) describen a Malvín como un barrio donde se encuentran todos los espectros sociales, y en él pueden observarse las interacciones entre las distintas clases sociales. Sostienen que en el sector norte de dicho barrio se encuentra la mayor vulnerabilidad expresada por necesidades básicas insatisfechas y altos niveles de pobreza, según datos del Ministerio de desarrollo social (2011) un 22,7% de hogares se encuentra bajo la línea de pobreza.

Allí se concentra un gran número de consumidores de pasta base. En concreto, se estiman que en Montevideo y zonas metropolitanas existen entre 9.800 y 17.400 usuarios “problemáticos” de pasta base en el rango de 18 a 64 años. (Suárez, Ramírez, Albano, Castelli, Martínez, y Rossal, 2014).

Los consumidores de pasta base se encuentran prácticamente al margen de la sociedad ya que a medida que el consumo de la persona avanza los vínculos con la familia, el sistema educativo, las instituciones de protección social y sanitaria se pierden o son escasos. Cuando el sujeto tiene trabajo, generalmente acaba perdiéndolo y pasa a trabajar de manera esporádica. Es por esto que los indicadores sociales muestran mínimos logros educativos, nula o baja calificación laboral, precariedad o inexistencia de vivienda. (Suárez, et al., 2014).

Entre los amplios efectos que genera el consumo problemático de drogas (en especial pasta base), encontramos la criminalización y estigmatización, profundizando la vulnerabilidad y generando un distanciamiento, evitación y sospecha de los usuarios respecto a las instituciones estatales, entre ellas el sistema de salud, limitando así su derecho de acceso a la salud. (Epele, 2007).

En relación a la vulnerabilidad que presentan los consumidores de pasta base se han llevado a

¹ *“Entendemos consumo problemático a aquel uso de drogas que afecta la salud del individuo, (bio- psico-social) y que muestra alteración de áreas vitales propias y/o del entorno.”* (Barreneche, Mautone, Triaca, Míguez, Pouy, Blanco, Vivas y Rossi, 2007, p.7)

cabo y promovido medidas para lograr reducir el daño que genera el consumo, así como también programas dirigidos a promover la inclusión social de los mismos. Entre ellas se encuentran la creación de dispositivos de base comunitaria como lo es PE, el dispositivo funciona en base a un metamodelo (modelo para elaborar modelos) ECO² (Epistemología de la Complejidad, Ética y Comunitaria)² y desde el Tratamiento de base Comunitaria (TBC)³, conjuntamente con el trabajo en redes, siendo "(...) un servicio con exigencias mínimas para la accesibilidad, con oferta de escucha inmediata, orientación, acompañamiento y derivación en caso de que sea necesario." (Uruguay. Presidencia de la Republica. Junta Nacional de Drogas, 2011, p.13). Además de esta atención psicosocial, el PE cubre con otras urgencias como son las higiénicas y alimenticias. Se pretende reducir el daño que genera el consumo problemático de drogas, en este sentido "los enfoques de reducción de riesgos y daños trabajan con los usuarios sin exigir un consumo cero, lo primordial es mantener la vida por encima de no consumir y es una forma de insertarlos en el sistema sanitario". (Uruguay. Presidencia de la Republica. Junta Nacional de Drogas, Reducción de Riesgos y Daños, 2009, párr. 11)

A través de dichos dispositivos se apunta a la construcción de un sostén social que combata la vulnerabilidad de los usuarios con consumo problemático de drogas. Se pretende llegar a la población vulnerable que por diferentes motivos presenta dificultades de acceso al sistema de salud y de esta manera ayudar a su inserción en la comunidad desde el reconocimiento de sus derechos como ciudadano.

La dependencia a la pasta base de cocaína se instala de manera rápida y tiene una fuerte repercusión biopsicosocial sumado al bajo activo social y familiar de los consumidores, genera una problemática para la cual aún hoy no se han encontrado soluciones eficaces, aunque es indiscutible que se han logrado avances significativos. En esta última década se han llevado a cabo políticas públicas de protección, promoción y respeto por los derechos humanos de los consumidores, ejemplos de estos son: Centro de Escucha de Carrasco Norte, "El Achique" de Casavalle, la Policlínica "La Teja Barrial", entre otros. (Suárez et al., 2014).

Las políticas sociales asumen un rol clave en la vida de las personas más vulnerables, como lo son las personas consumidoras de pasta base de cocaína. Es por esto que creemos necesario generar condiciones y posibilidades que favorezcan la inclusión de los consumidores a las distintas redes sociales presentes en la comunidad, en particular al sistema de salud, ya que ello permitirá que comiencen a transitar por otros espacios y formar nuevos vínculos sociales y de referencia, fortaleciendo así los procesos de inclusión.

En relación al objeto de investigación de este proyecto, los resultados del estudio de Cabrera,

² "(...) modelo de prevención, reducción del daño y tratamiento de la farmacodependencia y situaciones críticas asociadas." (Machín, 2010, p.1). <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0799-75.pdf>

³ Efrem Milanese (2005) "(...) viene a ser una posibilidad de pensar como trabajar en procesos de cambio con población en estado de alta vulnerabilidad y exclusión social, desde una matriz no institucionalizada, pero con principios técnicos y metodológicos predefinidos". (p.2) Para ampliar información: Efrem Milanese (2005).

Suarez, Ramírez, Rossal, Lew, Brezzo y Meré (2013) muestran que:

Hay un 45% de los usuarios de drogas que no han tenido contacto con un médico, una enfermera u otro profesional de salud hace más de 1 año. Un 20% hace más de 3 años que no ha ido al médico u a otro profesional de la salud. (p.39).

En el caso particular de PE Malvin Norte, lindero al local existe la Policlínica del INVE 16, lo cual nos hace suponer que uno de los objetivos del PE que es lograr la inclusión de los usuarios al sistema de salud se vería facilitado. Pero lo cierto es que la interacción entre los usuarios y la Policlínica es prácticamente inexistente, la proximidad física no refleja la relación esperada y esto desfavorece la accesibilidad de los usuarios al sistema de salud. Los usuarios comúnmente muestran dificultades para concurrir solos a la Policlínica cuando presentan algún tipo de malestar físico, no necesariamente vinculado al consumo problemático y siempre solicitan ser acompañados por los técnicos de PE.

De lo anterior se desprende con claridad de que no existe un relacionamiento directo entre la policlínica y los usuarios. Estas cuestiones motivaron la elaboración del presente proyecto.

Asimismo desde la Junta Nacional de Drogas (en adelante JND) se afirma que: *“en Uruguay hay datos (similares a los del resto del mundo) que de la población de usuarios de drogas el 98% no llega a los servicios de salud o no está dispuesto a tratarse en un momento dado.”* (Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Problema drogas, compromiso de todos, 2009, párr. 5).

La responsable de la Secretaría de Reducción de Riesgos y Daños de la JND, Esperanza Hernández sostuvo:

Uruguay tiene una red sanitaria y de protección social muy fuerte, no obstante, existen dificultades de acceso a dichos servicios por parte de los usuarios de drogas. Esos servicios están en el territorio, tienen muchas especialidades pero no son amigables con los usuarios, creo que es el desafío mayor en gestión de riesgos y daños que nosotros como país; tenemos los servicios, lo importante es que las personas lleguen a esos servicios. (Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Droga, 2014, p.2).

En suma, a partir de la experiencia realizada en PE y de la información aportada por los estudios nacionales y reportes de la JND, creemos necesario investigar, indagar y reflexionar sobre la temática ya que como se advierte en el artículo de Juárez y Saforcada (2013) el problema puede

ir en aumento: profesionales progresivamente más deshumanizados, desmoralizados e intolerantes y por otro lado usuarios solidificando su condición de exclusión. De ahí la necesidad de producir conocimiento entorno a la accesibilidad a los sistemas de salud de usuarios con consumo problemático y planificar estrategias para el mejoramiento de las políticas públicas con dicha población.

A partir de la búsqueda de antecedentes realizada se infiere que los estudios publicados sobre accesibilidad al sistema de salud de los usuarios problemáticos de drogas son escasos y lo encontrado no está elaborado en nuestro país. Sin embargo, encontramos diferentes estudios realizados en Uruguay (Suárez, et al., 2014 y Cabrera, et al., 2013) y distintos reportes de autoridades de la JND subrayan la dificultad de los usuarios consumidores de drogas en el acceso a los servicios de salud.

La búsqueda revela que la mayoría de los trabajos sobre barreras y facilitadores en la atención corresponden a estudios cualitativos María Epele (2007), Landin, González, D'Amore (2014), Solitario, Garbus y Stolkiner (2008), Vázquez y Stolkiner (2009).

Los mismos coinciden en reconocer la complejidad de los vínculos entre los usuarios de drogas y las instituciones de salud, así como también consideran que es necesaria la inclusión de la perspectiva y experiencias de los propios actores sociales. En los distintos estudios se indaga y reflexiona prestando especial énfasis en los servicios de salud.

En relación a Uruguay la temática esta puesta en consideración, en diálogos informales con autoridades de la JND se nos expresó que hay interés en la temática y se nos manifestó la intención de realizar una investigación abordando dicha problemática. Por lo tanto el trabajo puede significar un aporte a esta futura investigación que pretende llevar adelante la JND, así como también contribuir en la toma de conciencia y en el proceso de inclusión.

El primer antecedente que se tomo fue el estudio realizado por María Epele (2007) llevado a cabo en Argentina en dos barrios carenciados del sur del Gran Buenos Aires, donde se analizan los procesos de criminalización del consumo de drogas y como este genera consecuencias en los vínculos con la instituciones de salud. Se interroga el vínculo a través del análisis de los relatos y experiencias de los involucrados y se introduce como elemento de análisis la "lógica de la sospecha". La autora afirma que esta "lógica de la sospecha" es una barrera, un pensamiento corporizado en posiciones, emociones, que denuncia los roles de las instituciones y sus funcionarios, explica las razones de la vulnerabilidad y predispone las posiciones de los usuarios.

Landin, González, D'Amore (2014) realizan en Argentina un estudio donde se reflexiona críticamente sobre las dificultades de interacción y comunicación entre profesionales del servicio público de salud y consultantes de contextos pobres estructurales.

Si bien la población con la que se trabaja en la investigación no son usuarios con consumo problemático de drogas, sino habitantes de sectores pobres, creemos que entre ambos comparten características comunes en cuanto a la vulnerabilidad social y por lo tanto nos aportará a nuestra investigación.

Se constata que dichas dificultades provienen principalmente de los profesionales. Los autores se enfocan en el análisis de los vínculos entre pacientes y profesionales y sobre las formas como se apropian, interpretan o rechazan los pareceres y las recomendaciones del otro actor.

Estudian las barreras psicosocioculturales, conceptualizando “interfaz social” centrándose en la diferencia de los mundos culturales y de sentido, así como en las dinámicas de interacción entre usuarios y profesionales.

Plantean tres desafíos para desactivar estas barreras psicosocioculturales: 1) Cambio en la formación y las prácticas médicas, basándose en un comportamiento dialógicos.

2) Modificar la formación en las residencias médicas.

3) Mayor formación en ciencias sociales, en la carrera de medicina de las universidades públicas.

Solitario, Garbus y Stolkiner (2008) analizan la accesibilidad a la atención en salud de usuarios en un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires a través de entrevistas a usuarios.

Definen la accesibilidad como un encuentro que se construye entre usuarios y servicios de salud, ambos contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Esto complejiza el concepto e incluye en el análisis del vínculo las representaciones, prácticas y discursos de la población conjuntamente con las condiciones, discursos y prácticas de los servicios. Consideran que existe una íntima relación entre la accesibilidad simbólica y la participación social de los usuarios.

Creer indispensable que la población tenga acceso a la información para de esta manera conocer y promover sus derechos en cuanto a servicios de salud. Esto se puede fortalecer a través de la participación activa de los usuarios.

En el trabajo de Vázquez y Stolkiner (2009) el objetivo es establecer articulación entre la estigmatización, los derechos ciudadanos y el uso de drogas, como un caso de exclusión en salud. Plantean que hay dos categorías que son enfermedad y delito que están asociadas al consumo de drogas, por este motivo establecen que el primer paso para reducir la exclusión en salud es desnaturalizar estas categorías.

Plantean que los procesos de estigmatización producen exclusión social y que en ocasiones esta exclusión adopta la nominación de enfermedad. Es por esto que estudian y problematizan a lo largo de la investigación sobre los procesos que generan la estigmatización, con el objetivo de poder identificar componentes que disminuyan la exclusión. En cuanto a la cuestión del delito,

subrayan que el debate muestra mejores perspectivas.

Sobre dichos antecedentes se puede dar cuenta que se encuentran relativamente escasos estudios de investigación donde se aborde el objeto de estudio de este pre-proyecto, haciendo foco en la imposibilidad de acceso a los centros de salud por parte de los usuarios con consumo problemático de drogas. La metodología de investigación así como los enfoques y las perspectivas desde los cuales se aborda la accesibilidad al sistema de salud en los estudios, son diferentes una de otras. No se encontraron investigaciones que aborden la problemática o hayan planteado los objetivos desde la dimensión psicológica.

En la gran mayoría de los estudios relevados, las investigaciones prestan especial atención en los usuarios de servicios que ya tomaron contacto con el sistema y se indaga sobre cómo se desarrolla la interacción entre ambos actores dentro del sistema de salud. Son escasos los trabajos que hayan abordado las barreras que enfrentan quienes no acceden a los sistemas de atención de salud y justamente creemos que los que no acceden a la atención son los grupos más vulnerables que quienes sí los contactan. La misma vulnerabilidad podría estar asociada a la condición social, económica y cultural de estas poblaciones, causando que las barreras que enfrentan sean más habituales y de mayor complejidad.

Con la formulación de este proyecto lo que se pretende es indagar acerca de las barreras que no permiten el acceso a los sistemas de salud considerando los aspectos que hacen al posicionamiento subjetivo de los actores. Es así que se hace necesario mirar desde otras perspectivas la exclusión del sistema de la salud, una mirada que no se focalice únicamente en el centro de salud ni en los usuarios, sino en la complejidad de la interacción entre ambos. De esta manera se pretende aportar herramientas que impulsen los estudios en este campo y se incorpore posteriormente un espectro de población más amplio.

Pretendemos que contribuya a la reflexión desde la realidad uruguaya ya que ha sido escasamente abordada, así como también favorecer la inclusión de los usuarios con consumo problemático a los efectores de salud y por consiguiente la posible inclusión en otros ámbitos.

REFERENTES TEÓRICOS

Se toma como pilar fundamental para el desarrollo teórico del presente trabajo, el pensamiento de Maritza Montero (2004), prestando especial atención en los procesos psicosociales comunitarios. Se tomarán conceptos como el de vulnerabilidad social de Castel (1991), Mora y Pérez (2006), el concepto de accesibilidad al sistema de salud, entre otros.

Es por esto que nos resulta pertinente comenzar desarrollando en forma breve los principales supuestos de la Psicología Social Comunitaria, específicamente desde la perspectiva de Maritza Montero (2004) quien define a la Psicología Social Comunitaria como:

La rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social. (p. 32)

La autora plantea que los procesos sociales son fundamentales para la psicología comunitaria e influyen en las relaciones sociales de las personas y a su vez están influidos por circunstancias sociales.

La noción de habitus de Bourdieu permite dar cuenta de estos procesos sociales. Define al habitus como:

(...) un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir. (Bourdieu, 1972, p. 178)

La habituación a su vez lleva a admitir y a reproducir acríticamente circunstancias que pueden ser perjudiciales para las personas.

Maritza Montero (2004) señala que el habitus tiende a mantener el estado de las cosas, es una forma de estructurar los comportamientos, de actuar. Estos comportamientos son estables y no conscientemente asumidos. El habitus es lo que hace que los profesionales de salud se comporten de ciertas maneras en ciertas circunstancias, es por esto que creemos necesario cuestionarlos y de esta manera disminuir las barreras de acceso a la salud.

Siguiendo con el planteo de Maritza Montero, en relación a estos cambios en el habitus, a estas transformaciones psicosociales, plantea:

El choque entre estas formas de actuar fijas, no cuestionadas, maquinales y la introducción de otras formas de acción o de nuevas concepciones del mundo que tocan estos aspectos profundos y básicos de la vida social podrían estar en la base de transformaciones psicosociales producidas en los procesos que combinan la acción con la reflexión. (Montero, 2004, p. 125).

En el caso de los profesionales de la salud es imprescindible si pretendemos que los usuarios con consumo problemático accedan al sistema de salud, que haya un proceso de

concientización, logrando así desnaturalizar estas prácticas estigmatizantes y poder identificar componentes que disminuyan las barreras simbólicas. (Montero 2004)

Tomamos los conceptos de vulnerabilidad y exclusión social como claves para acercarnos al tema de investigación propuesto.

Mora y Pérez (2006) tomando a Filgueira (1999) definen a la vulnerabilidad "(...) como una predisposición a descender de cierto nivel de bienestar a causa de una configuración negativa de atributos que actúan contra el logro de beneficios materiales (por ejemplo, ingresos, bienes, patrimonio) y simbólicos (por ejemplo status, reconocimiento, identidades compartidas)" (p.110). María Epele (s/d) por su parte afirma que la fragilidad de los vínculos, el desempleo, el trabajo precario, la pobreza estructural, la criminalización y la represión de determinados grupos sociales, definen los principales lineamientos de la vulnerabilidad social en la sociedad actual. Y esto según Castel (1991) genera inestabilidad en las personas e imposibilita habitar redes sociales, que faciliten la satisfacción de sus necesidades básicas.

Cuando hacemos referencia en el desarrollo del pre-proyecto a **exclusión social** nos remitimos a los procesos de debilitamiento y ruptura de los vínculos sociales de referencia, que dificultan o anulan la posibilidad del intercambio material y simbólico, profundizando las desigualdades de las personas. (Busso, 2005)

Lo opuesto de la exclusión es la **inclusión** y con ella nos referimos a la posibilidad de las personas de acceder a los diferentes subsistemas de una comunidad. Los subsistemas relevantes para la inclusión o la exclusión son: el político, económico, jurídico, educacional y el de salud. (Busso, 2005)

Las políticas neoliberales y el contexto punitivo que enmarca a las drogas ilegales, dificultan la inclusión social ya que se reproduce un discurso hegemónico caracterizado por la criminalización y estigmatización de los usuarios (Vázquez y Stolkner 2009). Este discurso porta toda la carga de rechazo y alarma social ante la aproximación de un consumidor. De esta manera el estigma de la delincuencia y también de enfermedad que sufren los consumidores de drogas (ilegales), produce una individualización del problema dificultando el incluir las drogas dentro de las categorías de problema social.

En la misma línea Vázquez (2007) sostiene que hay una gran influencia de los medios de comunicación que reproducen y rigidizan este discurso, promoviendo así prácticas activas de estigmatización y discriminación operando a partir de tomar una parte del problema, para mostrarla como una totalidad.

En lo que respecta al término de acceso al sistema de salud, partimos del artículo de Comes, Solitario, Garbus, Mauro, Czerniecki, Vázquez, Sotelo y Stolkiner (2006), la misma se presenta como una noción relacional, ya que alude a la interacción que se establece entre el servicio de salud y (en este caso) los usuarios con consumo problemático de drogas.

Pretendemos evitar el reduccionismo y este concepto nos permite considerar la relación entre usuarios e institución, no como un relacionamiento lineal, sino como una trama compleja.

Esta relación surge de una combinatoria entre las “(...) *condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios*” (Comes, et al., 2006, p. 203).

Con este concepto se contempla la complejidad de dicha relación y nos obliga a pensar en que los sujetos son también constructores de accesibilidad, por este motivo creemos pertinente el análisis e inclusión de las perspectivas, las experiencias y las prácticas simbólicas de los actores sociales para mejorar el acceso.

La accesibilidad al sistema de salud es uno de los temas centrales de las políticas sanitarias y ha sido ampliamente reconocida como una variable importante para la salud de la población. Constituye uno de los componentes fundamentales de la Atención Primaria de la Salud, como fue definido en la *Declaración de Alma-Ata* y reafirmada en la Organización Panamericana de la salud en 2007. (Landini, González y D’Amore, 2014).

No obstante la accesibilidad presenta diversas dimensiones Landini et al., (2014): - dimensión **Geográfica** refiere a las distancias entre los beneficiarios y los servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido. Dicha dimensión pone de manifiesto el componente territorial.- La dimensión **Económica o financiera** se relaciona con la capacidad financiera de las personas para hacer frente a los gastos de los servicios sanitarios (medicamentos, transporte, etc.). A estas dos primeras se agrega la dimensión **administrativa o burocrática**: se trata justamente de la organización interna de los servicios para brindar la atención a la población, como horarios de atención, lista de espera, etc. Por último la dimensión **cultural o simbólica**, la misma implica el universo simbólico de los sujetos (creencias, saberes, hábitos, prácticas, actitudes, etc.).

A partir de lo dicho anteriormente en relación a los estigmas que sufren los usuarios con consumo problemático y de nuestra experiencia en el dispositivo PE, se ve justificada la necesidad de analizar la dimensión simbólica. La accesibilidad posee una dimensión subjetiva que sería necesario indagar, es decir, se pondrían en juego vivencias, saberes, representaciones, percepciones, etc. a la hora de acceder a los servicios de salud.

Como ya se ha mencionado existen dificultades en el relacionamiento entre ambos actores, estos “desencuentros” como afirman Juárez y Saforcada (2013) se manifiestan principalmente por parte de los profesionales de la salud hacia los usuarios donde en ocasiones existen las

actitudes de rechazo, valorizaciones descalificantes, la deshumanización de la persona, menosprecio de la palabra del otro, etcétera. En este sentido, uno de los objetivos de la política social (la accesibilidad al sistema de salud de los consumidores problemáticos de drogas) se ve obstaculizado por las barreras que se establece entre los efectores del servicio de salud y los usuarios. Definimos barreras como: *“aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria”* (Landini, et al., 2014, p.232)

Estas barreras no son visible, ni se interpone de manera continua (Juárez y Saforcada, 2013), pero visualizamos que la misma contribuye a la autodiscriminación, la baja autoestima, el abandono, el miedo social, la violación de los derechos humanos, entre otros.

Desde nuestro posicionamiento teórico creemos que la práctica de los profesionales de la salud en este campo, exige transformaciones y desplazamientos de lo que han sido sus ejes tradicionales. Es necesario que el profesional de la salud sea un referente comunitario, que salga del consultorio, que se relacione con aquellos que no acceden al sistema y que se encuentran en situación de vulnerabilidad, romper los marcos circundantes del centro médico, incorporar “actividades extra murales”, acercándose a los usuarios de manera respetuosa, llevando a cabo diálogos informales donde se logre un vínculo de confianza y así disminuir el temor generalizado entre los usuarios que se basa en creer que los funcionarios van a denunciar el uso de drogas (Epele 2007). Estas intervenciones permiten un acercamiento entre los servicios y la comunidad disminuyendo la brecha, penetrando así en la colectividad, oficiando de puente entre las personas excluidas del sistema sanitario y el centro de salud. Es necesario que su trabajo sea en y para la comunidad, convirtiéndose en la puerta de entrada a la red asistencial.

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

A partir de nuestra experiencia en el dispositivo PE y reportes de autoridades de la JND visualizamos que los usuarios con consumo problemático de drogas presentan dificultades a la hora del acceso al sistema salud.

De ahí la importancia de la investigación de poder identificar y problematizar las principales barreras y facilitadores para el acceso al sistema de salud, de esta manera contribuir a la inclusión social de los usuarios con consumo problemático de drogas.

Preguntas que guían la Investigación:

¿Cuáles son las principales barreras y facilitadores que presentan los usuarios con consumo problemático de drogas a la hora del acceso al sistema de salud?

¿Cuáles son las representaciones sociales que presentan los usuarios y los profesionales de la salud?

- ¿Cuáles son las características del relacionamiento entre ambos actores?
¿Cómo incide el vínculo entre ambos actores en el proceso de inclusión social?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Indagar y producir conocimiento acerca de las características que adquiere la interacción entre usuarios con consumo problemático de drogas y el equipo de salud de la Policlínica INVE 16 en Malvín Norte.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar los obstáculos y facilitadores para el establecimiento de un vínculo entre usuarios con consumo problemático de drogas y profesionales de la salud.
- 2) Indagar las representaciones que tienen los usuarios y profesionales de la salud.
- 3) Estudiar como incide el vínculo entre usuarios con consumo problemático de drogas y el equipo de salud para favorecer los procesos de inclusión social.

DISEÑO METODOLÓGICO

Aspectos generales

Se implementará una estrategia metodológica cualitativa acorde a los objetivos planteados. (Taylor y Bogdan, 1987) Los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos de acuerdo a los significados que las personas le dan (Rodríguez, Gil y García, 1999). Se basa en la comunicación, narraciones y descripciones de las experiencias de otros. (Valles, 1999).

En referencia a los principios epistemológica, consecuentemente con lo planteado a lo largo del pre proyecto, nos situaremos desde la perspectiva de Maritza Montero:

Entre sujeto y objeto no hay distancia (...) Se trata de que ambos, sujeto y objeto, son considerados parte de una misma dimensión en una relación de mutua influencia. (...) El conocimiento se produce siempre en y por relaciones y no como un hecho aislado de un individuo solitario. (Montero, 2004, p. 44)

La investigación etnográfica es uno de los métodos más relevantes en la investigación cualitativa

(Murillo y Martínez, 2010). En la misma “(...) *el investigador trata de proporcionar una imagen “fidel a la vida”, de lo que la gente dice y del modo en que actúa; se deja que las palabras y acciones de las personas hablen por sí mismas.*” (Taylor y Bogdan, 1987, p.153).

Se describirán y analizarán situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos a partir de la observación realizada en el campo. Se buscará comprender e interpretar los procesos psicosociales desde los participantes en el contexto social, lo que hacen, dicen y piensan sus actores, además de cómo interpretan su mundo y lo que en él acontece. (Murillo y Martínez, 2010).

Técnicas de recolección de datos

Las principales técnicas para la recolección de datos, serán la entrevista semiestructurada en profundidad y la observación participante.

Entendiéndose a la observación participante como la interacción social entre el investigador y los informantes, en el contexto de los participantes. Por medio de la participación activa el investigador recogerá datos, siempre manteniéndose en su rol de observador. (Taylor y Bogdan, 1987) La misma se llevará a cabo en la sala de espera de la policlínica y se acompañará a usuarios a la consulta médica. También se realizará dicha observación en los espacios donde habitan los usuarios, a través del acompañando en actividades cotidianas.

Para acceder al equipo de la policlínica se solicitara autorización a la dirección del servicio.

Se realizará un diario de campo, con el fin de ir registrando en detalle lo que acontece en el mismo. Valles (1999) tomando los aportes de Schatzman y Strauss (1973) establece “*Los diarios de campo no cumplen solamente la función de “recogida de datos”, sino que ayudan a crearlos y analizarlos (encauzando y reorientando la investigación)*”. (p.171)

Por entrevista en profundidad Taylor y Bogan (1987) entienden que son encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, mediante esos encuentros se intentará comprender las perspectivas que tienen los entrevistados, tal como lo expresan con sus propias palabras.

La utilización de la entrevista en profundidad, permitirá obtener información acerca del problema de investigación.

Las entrevistas serán semiestructuradas donde el investigador previó a las mismas planificará la información relevante que se pretende obtener. La planificación actuará como guía para la elaboración de las preguntas que serán abiertas y flexibles, dando la oportunidad al entrevistado de relatar su experiencia personal, sus impresiones y valoraciones sobre el objeto de estudio. (Valles, 1999)

Las entrevistas serán grabadas y luego se desgrabaran para analizar el contenido.

También se consideraran fuentes de información los diálogos informales y todo documento significativo (fotos, objetos, etcétera) proveniente del campo que se considere valioso para los objetivos de la investigación.

No quedando por fuera de esto el investigador que inevitablemente va a ser parte de esos procesos, reconociendo y registrando cambios en sí mismo, generando relacionamiento con los actores, debiendo ser pensadas estas dimensiones como datos de lo que se desea investigar.

Población del estudio

Será considerada como población objetivo tanto hombres y mujeres con consumo problemático de drogas que concurren a PE y el equipo de técnicos de la policlínica INVE16 ubicada en Malvín Norte.

Se realizará un análisis de contenido de la información relevada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la implementación del pre-proyecto se actuará de acuerdo a las normativas vigentes en nuestro país para la investigación con seres humanos (Decreto N° 379/008 promulgado el 4 de Agosto de 2008).

Se atenderá el cuidado y respeto por los participantes del pre-proyecto. Estos son principio de aplicación general en las ciencias sociales y humanas.

Es por esto que serán invitados a formar parte de la investigación de manera voluntaria que incluye tanto la participación, como el retiro de la misma cuando lo deseen. Se solicitará la firma del consentimiento libre e informado, donde se le comunicará de manera clara en términos que faciliten la comprensión: los objetivos de la investigación, la importancia de la participación en el pre-proyecto, las características y duración del mismo, los procedimientos que se aplicarán y la modalidad de manejo de la información obtenida. No se prevé gratificación económica para los sujetos que participen en la investigación.

En lo que atañe a la implicancia como investigadores, debemos ser cuidadosos para no sesgar nuestra investigación. Enfatizamos en esto ya que mi previa inserción en PE facilitará el encuentro con los usuarios, esto puede significar una ventaja porque hay un vínculo de confianza previamente establecido, pero es necesario a su vez ser consciente que para llevar adelante la investigación debemos analizar nuestra implicancia con la población a estudiar.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Se pautará el proceso de investigación en 12 meses. El cronograma planteado no será rígido sino que existe la posibilidad de reformularlo considerando los sucesos que se vayan presentando a lo largo de la investigación.

Actividades- Mes	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Gestión de la presentación del pre-proyecto de investigación a grupo de usuarios, a referentes de PE y autoridades de la policlinica.	x											
Confección de las entrevistas, búsqueda y ampliación bibliográfica		X	x									
Observación participante y entrevistas				x	x	x	x	x				
Análisis de la información recogida					x	x	x	x	x	x		
Redacción y presentación del Informe final. Devolución a participantes y publicación								x	x	x	x	x

RESULTADOS ESPERADOS

Por medio de este estudio se pretende generar información sobre los facilitadores y barreras que se presentan a la hora del acceso a los sistema de salud de los usuarios con consumo problemático de drogas.

A su vez, aportar elementos que den lugar al análisis y la reflexión sobre el relacionamiento entre los usuarios y el equipo de salud.

La comprensión de esta problemática permitirá generar insumos escritos y difundirlos en el ámbito académico y social, con el objetivo de producir conocimiento sobre la problemática y así planificar estrategias para el mejoramiento de las políticas sociales y de esta manera la información y los beneficios retornen a los actores involucrados.

Referencia Bibliográfica

- Barreneche, C., Mautone, M., Triaca, J., Míguez, E., Pouy, A., Blanco, A., Vivas, P., y Rossi, G. (2007). *Programa Nacional de atención a usuarios problemático de drogas*. Recuperado de <http://infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/Protocolo.pdf>
- Bourdieu, P. (1972). *Bosquejo de una Teoría de la Práctica*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo
- Busso, G. (2005). Pobreza, exclusión y vulnerabilidad social. Usos, limitaciones y potencialidades para el diseño de políticas de desarrollo y de población. *VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA)*.
- Cabrera, S., Suarez, H., Ramírez, J., Rossal, M., Lew, C., Brezzo, C., y Meré, J. (2013). *Estudios de seroprevalencia de vih/sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/lpobrazil/Topics_aids/Publicacoes/2013novedades_154_56_Estudios_vih-sida_cocaina_fumable1.pdf
- Castel, R. (1991). *La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión*. En Acevedo M., y Volnovich J. (selección de textos) *El espacio Institucional*. Argentina Lugar Editorial.
- Colombo, K., Llanes, J., Messina, P., y Messina, P. (2011). Identificación y caracterización de la pobreza en unidades espaciales de Montevideo y Area Metropolitana. En: *Vulnerabilidad y exclusión. Aportes para las políticas sociales* (p. 203-221). Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de [http://www.fcs.edu.uy/archivos/Exclusi%C3%B3n%20y%20vulnerabilidad.%20Aportes%20para%20las%20pol%C3%ADticas%20sociales%20\(FCS-MIDES\).pdf](http://www.fcs.edu.uy/archivos/Exclusi%C3%B3n%20y%20vulnerabilidad.%20Aportes%20para%20las%20pol%C3%ADticas%20sociales%20(FCS-MIDES).pdf)
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., y Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Facultad de Psicología- Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigación. (14)*, 201-209. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf>

- Decreto N° 379/008, 2008 Investigación en Seres Humanos Parlamento de la República Oriental del Uruguay, Publicación Oficial.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuaderno de Antropología social*. (s.d) 25, 151-168. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180914246008>
- Epele, M. (s/d). *Neoliberalismo, Vulnerabilidad y sufrimiento social. Drogas y pobreza*. Recuperado de <http://www.uba.ar/encrucijadas/44/sumario/enc44-drogaspobreza.php>
- Fraiman, R., y Rossal, M. (2009). *Si tocás pito te dan cumbia (Esbozo antropológico de la violencia en Montevideo)*. Montevideo, Uruguay: Cebra Comunicación.
- Juárez, M., y Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Salud y Sociedad: Investigaciones en psicología de la salud y psicología social*. (4)3, 210-227. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v4n3/4n3a01.pdf>
- Landini, F., González, V., y D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cuaderno de Salud Pública*. (30) 2, 231-244. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>
- Machín, J. (2010). Modelo ECO²: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales* (18), #12, p. s/d. Recuperado de http://revista-redes.rediris.es/html-vol18/vol18_12.htm
- Milanese, E. (2005) *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave*. EFAD (Escuela de estudios y formación en abordaje de adicciones y situaciones críticas asociadas).
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Mora, M., y Pérez, J. (2006). De la vulnerabilidad social al riesgo de empobrecimiento de los sectores medios: un giro conceptual y metodológico. *Estudios sociológicos*. (24)70, 99-138. Recuperado de <http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/24567/1/24-070-2006-0099.pdf>
- Murillo, J., y Martínez, C. (2010). *Investigación Etnográfica*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.

- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. España: Algive
- Solitario, R., Garbus, P., y Stolkiner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Facultad de Psicología-UBA. Anuario de Investigación. (15)*, 263-269. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a25.pdf>
- Suárez, H., Ramírez, J., Albano, G., Castelli, L., Martínez, E., y Rossal, M. (2014). *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones Cuantitativas y Etnográficas*. Recuperado de <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/fisuras.pdf>
- Taylor, S.J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Uruguay. Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República. (2009). *Reducción de Riesgos y Daños*. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=28&Itemid=53
- Uruguay. Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República. (2009). *Problema drogas, compromiso de todos*. Secretaría de Reducción de Riesgos y Daños. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/html/actividades/documentos/20111124_12_encuentro_JDD_LaPaloma_Rocha/posters/20111123_poster_snd_dpto_rrdd.pdf
- Uruguay. Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República. (2011). *Centro y dispositivos de la Red Nacional de atención y tratamiento de drogas (RENADRO)*. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&layout=info&id=8&Itemid=25
- Uruguay. Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República. (2014). *Protección social, salud e inclusión son los ejes del trabajo en gestión de riesgos y daños*. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=2091:drogas-proteccion-social-salud-e-inclusion-son-los-ejes-del-trabajo-en-riesgos-y-danos&catid=14:noticias&Itemid=59

Valles, M.S. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Editorial Síntesis S.A

Vázquez, A. (2007). La construcción social de estereotipos sobre la drogadependencia. Análisis de sus condiciones de producción y su relación con la utilización de los servicios de salud. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-073/398.pdf>

Vázquez, A., y Stolkiner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Facultad de Psicología-UBA. Anuario de Investigación. (16), 295-303*. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a28.pdf>