

Ranchadas: Aportes para el abordaje del consumo problemático de sustancias desde la perspectiva de salud mental comunitaria

Scelzo, Gisela¹

Fecha de recepción: 27/03/2023

Fecha de aprobación: 16/04/2023

Resumen

El artículo reflexiona sobre el abordaje del consumo problemático de sustancias desde una perspectiva comunitaria. Para ello presenta el marco normativo y los principales paradigmas en pugna: Abstencionismo y reducción de riesgos y daños. Sobre este último se traza un paralelo con la práctica, tomando la experiencia en un dispositivo de ranchadas de un centro de salud especializado en consumos.

Palabras claves: CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS- REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS- PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE- RANCHADAS- SALUD MENTAL COMUNITARIA

Abstract

This article reflects on the approach to problematic substance use from a community perspective. It presents the regulatory framework and the main competing paradigms: abstentionism and risk and harm reduction. A parallel is drawn between the latter and the practice, taking the experience in a device called "ranchadas" of a health center specialized in drug use.

Key words: PROBLEMATIC USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES- RISK AND HARM REDUCTION- HOMELESSNESS- RANCHADAS- COMMUNITY MENTAL HEALTH

¹ Lic. en Trabajo Social. Residente de Trabajo Social de CABA de 3er año, en el Hospital Santojanni.

Introducción

Este artículo surge en el marco de la Residencia de Trabajo Social de la CABA. Su objetivo es reflexionar sobre el abordaje del consumo problemático de sustancias psicoactivas desde una perspectiva comunitaria. Para ello presentaré la experiencia en un dispositivo de ranchadas de un efector del primer nivel de atención en salud que brinda cuidados ambulatorios a personas en situación de vulnerabilidad social atravesadas por situaciones de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

En el primer apartado de este trabajo presentaré el marco normativo que sustenta, en nuestro país, el abordaje de la salud mental y el consumo problemático de sustancias psicoactivas, exponiendo brevemente conceptos clave de la Ley Nacional de Salud Mental (2010) y el Plan IACOP (2014). Luego caracterizaré los dos paradigmas principales en el abordaje del consumo problemático: La perspectiva abstencionista y la de reducción de riesgos y daños (RRyD). A partir de esta última trazaré un paralelo con los conceptos presentados del marco normativo vigente y mi práctica profesional respecto de la promoción salud mental comunitaria y la prevención, desde el enfoque de la prevención inespecífica.

Finalmente reflexionaré sobre la importancia de los dispositivos grupales y comunitarios con un enfoque de umbral mínimo de exigencia para el abordaje de los consumos desde la perspectiva de RRyD, tomando como insumo mi experiencia en el dispositivo de Ranchadas. A partir de esta experiencia pude reconocer la importancia de la prevención inespecífica en el campo del consumo de sustancias psicoactivas y a la vez pude reflexionar sobre cómo estas prácticas se enriquecen con la mirada sobre la complejidad que aporta el trabajo social.

Marco normativo para el abordaje del consumo problemático de sustancias en Argentina

La Ley Nacional de Salud Mental, 26.657-conocida como la nueva ley-, a pesar de que fue sancionada en 2010 y tiene más de 10 años de vigencia, es vivenciada aún como “nueva” por su carácter de ruptura con las perspectivas clásicas tutelares en el campo de la salud y con la cultura institucional ligada al modelo médico hegemónico, caracterizado por su “etiología lineal mecanicista (causa-efecto), ahistoricidad, biologismo, prevalencia de la relación médico-paciente o equipo de trabajo multidisciplinario, predominio de lo curativo sobre lo preventivo. Modelo vinculado a la planificación sanitaria normativa (Modelo Médico-Sanitario).” (Staffolani, 2003). Estas características, aún vigentes en muchos contextos sanitarios, se recrudecen en la atención de la salud mental, por lo que tener un marco legal que legitime intervenciones interdisciplinarias desde la perspectiva de derechos humanos resulta fundamental para promover su viabilidad en la práctica. Asimismo, esta ley plantea un debate en la sociedad que se reactualiza cada vez que suceden casos mediáticos en torno a la temática, presentando algunas voces que abogan en favor de prácticas tutelares arraigadas en las representaciones sociales y las creencias populares respecto de la salud mental².

² Ejemplos actuales son las críticas que recibió el tríptico informativo hecho por el municipio de Morón sobre pautas de RRyD en consumo de psicoactivos o las críticas mediáticas a la desmanicomialización y

En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental promueve prácticas respetuosas de las personas. Desde esta concepción, quienes son usuarias de los servicios de salud mental son considerados sujetos que transitan padecimientos subjetivos, en contraposición con las conceptualizaciones desde el paradigma tutelar, que les sitúa en una posición pasiva de objetos de intervención. Comprender a las usuarias desde un enfoque de derechos humanos implica el reconocimiento de las capacidades y el protagonismo de las personas en sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC), sin negar las relaciones asimétricas que subyacen en toda relación profesional (Zèner, 2018). Así las intervenciones que realmente se asientan en este paradigma promueven el avance desde la co-gestión de los recursos para resolver las situaciones problemáticas entre el equipo de salud y las usuarias hacia la autogestión y co-gestión comunitaria para llevar adelante los PSEAC. En otras palabras, se interviene CON ellas, no sobre ellas, ni para ellas (Zèner, op. cit.).

Asimismo, la Ley Nacional reconoce a la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas” (art.3). Consecuentemente plantea como pilares la “desmanicomialización” y la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad. En la misma se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud (APS) y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de la salud mental comunitaria, reconociendo la complejidad de las problemáticas y la necesidad de un enfoque integral, basado en la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario (Bang, 2014).

La importancia de las acciones comunitarias se sustenta en que los padecimientos subjetivos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual (Bang, 2014). En consonancia, las acciones de promoción de la salud mental comunitaria son aquellas que propician la transformación de los lazos comunitarios como vínculos solidarios y la participación de la comunidad como sujeto activo para la transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónomas sobre el propio PSEAC (Bang, 2010). Estas prácticas tienen como objetivo propiciar la reflexión crítica y la capacidad de intervención y de co-gestión de los problemas sociales por parte de los sujetos y la comunidad (Carvalho en Bang, 2010).

Cabe señalar que esta ley incluye en su art.4 como problemática de salud mental el consumo problemático de sustancias psicoactivas, por lo que promueve el abordaje de los consumos desde la promoción de la salud mental comunitaria, considerando la internación como la última medida cuando han fracasado las estrategias ambulatorias.

Asimismo, estas prácticas de salud mental comunitaria para el abordaje de los consumos se sustentan en la Ley 26.934 del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), sancionada en 2014. Esta ley plantea la necesidad de implementar políticas integrales, sociales, sanitarias y educativas en el abordaje de los consumos problemáticos. Tiene como objetivos: prevenir los consumos

las propuestas de internación como único recurso, que surgen en los medios cuando se tratan temas relacionados a la atención de la salud mental y el consumo de sustancias.

problemáticos desde un abordaje intersectorial, asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático e integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático (art. 3).

En sus pautas de asistencia, expresadas en su art.10, establece: el respeto por la autonomía individual y la singularidad de los sujetos, respetando sus derechos humanos fundamentales y evitando la estigmatización; la priorización de los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia, referentes afectivos y al medio donde se desarrollan las personas y la incorporación de una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional. Asimismo, incorpora explícitamente en este artículo la perspectiva de RRYD y promueve acciones promocionales destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas que presentan consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Respecto al trabajo interdisciplinario que plantean las leyes mencionadas, es importante señalar que la existencia de la interdisciplina dentro del campo de la salud mental es producto de las disputas sociales y ético-políticas al interior del propio campo orientadas a producir una ruptura con el paradigma médico hegemónico que privilegia la atención psiquiátrica y manicomial. Es a partir de esta disputa, sostenida por profesionales y usuarias, que se logra la incorporación de los equipos interdisciplinarios de atención en la legislación vigente, así como la creación de un andamiaje institucional que los sustenta (Fussi, 2019).

Paradigmas en tensión en el abordaje de los consumos: El abstencionismo y la perspectiva de reducción de riesgos y daños

Las respuestas socio-sanitarias que se construyen frente a los consumos de sustancias psicoactivas se ubican en la disyuntiva entre la lógica abstencionista y la de reducción de riesgos y daños (RRyD). Es importante señalar que en la práctica muchas veces estos paradigmas en tensión funcionan como un continuo donde las diferentes prácticas e instituciones se posicionan tomando influencias de ambos.

El paradigma abstencionista tiene como objetivo que las personas consumidoras supriman definitivamente el consumo de sustancias, considerándolo como un perjuicio en sí mismo y a la vez moralmente impropio. Asimismo, quienes consumen son caracterizadas como “enfermos-adictos”, “peligrosos” o “delincuentes” (Bachor y Calabrese, 2015) que deben ser recuperadas -y tuteladas-. Esta caracterización centrada en el consumo como rasgo desacreditador y totalizante de la personalidad de quien lo porta, implica la estigmatización de le sujeto:

un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos. Posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto. (Goffman, 1970:2).

Desde esta perspectiva la sustancia es el elemento central a partir del cual se estructura la problemática y su abordaje. Sin embargo, en su posicionamiento subyace un concepto monolítico de “la droga” -sin distinciones ni especificaciones-, a partir del cual se identifica a todas las sustancias psicoactivas como si fueran una misma (Bachor y Calabrese, 2015).

“La droga” es una fuerza ajena a la sociedad, se la analiza de forma descontextualizada, tanto en relación a la trayectoria de vida de quienes consumen, como de la comunidad. Esta sustancia entendida como "infecciosa" requiere de acciones (bélicas) que acaben con ella: “la guerra contra las drogas” (Bachor y Calabrese, 2015). Esto por un lado genera políticas que castigan tanto a traficantes como a consumidores -ya sea penal o moralmente-; y por otro, carga toda la responsabilidad del consumo en la agencia individual. De esta forma se evita cuestionar las estructuras sociales que facilitan y/o promueven el uso de sustancias psicoactivas.

Respecto de las estrategias de abordaje, se considera que cualquier consumo de sustancias psicoactivas hace al consumidor dependiente, por lo que la única manera de abordar la situación es comprometerse con la abstinencia (Marlatt, 1998). Por ello los programas de tratamiento abstencionista exigen como condición de participación el cese total del consumo. En relación a esto, el psicólogo, pionero en la conceptualización de la perspectiva de RRYD, Gordon Alan Marlatt (1998) critica que el abstencionismo sostiene una dicotomía de “todo o nada” donde es lo mismo cualquier sustancia, modalidad o frecuencia de consumo. Además, dada su impronta moralizante, esta perspectiva promueve prácticas tutelares, con eje en la institucionalización como intervención privilegiada.

A partir del posicionamiento que toma este paradigma podemos trazar un paralelo con el modelo médico hegemónico, ya que ambos identifican a la persona que consume/paciente como objeto de tutela, pasivo y descontextualizado.

Por otro lado, el paradigma de RRYD es una política sanitaria y social de carácter pragmático que se basa en el principio de reducción de las consecuencias negativas (no deseadas) del consumo, ya sean sanitarias, jurídicas, sociales o subjetivas, para evitar daños mayores, sin excluir la abstinencia como una opción más (Quevedo, 2015). De esta forma, desplaza la atención de la sustancia en sí misma hacia los efectos del consumo, que son evaluados principalmente en términos de ser dañinos o útiles a la persona que consume y al resto de la sociedad, sin hacer un juicio de valor sobre las conductas de las personas (Marlatt, 1998).

Desde esta perspectiva no todo consumo es visto como problemático por sí mismo, sino que se los diferencia en consumos simples (no compulsivos) que pueden formar parte de tramas sociales recreativas; y los consumos problemáticos³ que se entienden como un recurso para la supresión tóxica del sufrimiento subjetivo, un modo para tramitar la angustia y suprimir el tiempo. Por ello, desde la RRYD se trabajaba el consumo desde el contexto de cada persona, singularizando la función que cumple para cada sujeto (Quevedo, 2015). Esto implica que, para desplegar una intervención efectiva en la RRYD, la atención tiene que centrarse en las causas subyacentes al consumo problemático, y no sólo en las prácticas de consumo en sí.

³ En esta misma línea el Plan IACOP distingue en su art. 2 los consumos problemáticos como “aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.” Resulta destacable la incorporación de otras conductas, más allá del consumo de sustancias psicoactivas.

A su vez, los usos de sustancias psicoactivas son entendidos como prácticas sociales multidimensionales que suponen relaciones con otros, se despliegan en escenarios socioculturales que las condicionan, están atravesadas por dimensiones económicas, históricas, políticas e ideológicas y responden a diferentes significados codificados singular y colectivamente. Por ello, resulta igualmente importante poder identificar qué se consume, por qué y en qué contextos (Di Iorio, 2019). De esta manera, se propone comprender a la persona que consume sustancias psicoactivas, no sólo desde una perspectiva biológica sino como un sujeto inscripto en un contexto, con una forma de vida y una historia personal (Baldelli, Bogliano, Ghiselli, S/F).

Por otro lado, desde una visión centrada en las prácticas concretas, Staffolani (2003) argumenta que trabajar desde el paradigma de RRYD implica reconocer que, en el contexto actual, las condiciones en que las personas consumen sustancias psicoactivas las exponen incluso a mayores daños que los que producen las sustancias por sí mismas. Estos daños incluyen la ilegalidad, marginación, desinformación, dificultad en el acceso a servicios de salud, instituciones cerradas por la exigencia de la abstinencia absoluta, mitos que sostienen que toda intervención que difiere de la represión es un estímulo al consumo y la estigmatización que implica ser identificade como consumidore (Staffolani, 2003). Para reducir estos riesgos y daños es fundamental que las personas puedan recibir información clara y confiable, no sólo respecto de las sustancias, sino respecto de sus derechos para poder decidir y evitar efectos no deseados del consumo o exposición a situaciones de riesgo.

Como estrategia de abordaje el paradigma de RRYD promueve el acceso a dispositivos con un umbral mínimo de exigencia -que no necesariamente implican la abstinencia-, acordes a las posibilidades subjetivas de cada persona (Quevedo, 2015). Estos dispositivos intentan reducir las barreras de acceso de la población a los servicios de salud implementando encuadres flexibles a través de diferentes estrategias:

- a. saliendo a la calle y consiguiendo asociarse y cooperar con la población necesitada de nuevos programas y servicios.
- b. reduciendo el estigma asociado con conseguir ayuda para este tipo de problemas.
- c. ofreciendo un enfoque sano, normalizado, al consumo de sustancias de alto riesgo y prácticas sexuales. (Marlatt, op. 1998:6)

En este sentido, la RRYD se sustenta en un enfoque de promoción de la salud, que promueve el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud, aspirando a transformar las condiciones de vida y de trabajo de las comunidades. Esta perspectiva implica estimular el desarrollo de la capacidad de elección de las personas y la utilización de sus conocimientos según el contexto que atraviesan (Czeresnia, 2003).

En esa misma línea, este paradigma vincula las prácticas promocionales con el concepto de prevención inespecífica, que incorpora acciones preventivas desde una perspectiva propositiva. La misma abarca a aquellas acciones que no están directamente relacionadas con el consumo pero que se dirigen a trabajar sobre las causas o factores que lo fomentan (De Ieso, 2008). Son intervenciones con un objetivo mayor que el no inicio o la supresión del acto de consumir, sino que implican “la promoción: de posibilidades, de sentidos, de transformaciones, de fortalecimiento, de escucha, de

activación de recursos y alternativas para resolución de problemas; en fin, de construcción de proyecto vital, entramado contextual y textualmente.” (Benedetti, 2015: 34). Es decir que para prevenir los consumos problemáticos se promueven las habilidades psicosociales de las personas y/o su comunidad para el mejoramiento de la salud integral (GCBA,s/f). Esta conceptualización está en consonancia con lo expresado en la Ley Nacional de Salud Mental, puntualmente en el mencionado art.3, que expone la dimensión histórica y social de la salud mental y su construcción social.

A los efectos de análisis de la intervención profesional que se realizará en el próximo apartado, considero importante retomar el aporte de la trabajadora social Lía De Ieso (2008) que vincula la prevención inespecífica con la producción de subjetividad y los vínculos comunitarios:

Se considera que la prevención inespecífica debería tender a que cada sujeto pueda elaborar su propio discurso, que pueda tener voz, tener la palabra, poder decir, expresar/se. Entonces el trabajo no estaría centrado en imponer discursos, sino en promover que cada sujeto pueda elaborar el propio, en un proceso de encuentro consigo mismo, su identidad, proyectos, dificultades, alegrías...

Las acciones de prevención en drogadicción deberían tender a estimular la discusión, el diálogo, la reflexión, la participación y romper con los esquemas tradicionales de emisor-receptor imperantes. Se considera que esto es requisito fundamental para el despegue de toda acción genuina, es decir, para que a través de las interrelaciones entre los miembros de un grupo o comunidad se logre una estructura productiva de sentido que permita alcanzar nuevas configuraciones y acciones.

Los dispositivos grupales y comunitarios para el abordaje de consumos problemáticos

Como se conceptualizó en el apartado anterior, el paradigma de RRD privilegia un abordaje del consumo problemático de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de salud comunitaria, haciendo hincapié en la integralidad de los sujetos y en sus trayectorias de vida, en las que se insertan sus padecimientos subjetivos; no como etiquetas que los definen y estigmatizan, sino como procesos que viven en el contexto de una problemática social mayor en la que están inmersos y de la que son tanto producto como productores. Así, el consumo problemático es entendido como un problema social complejo que se manifiesta en vivencias individuales al intersectar el contexto social con los padecimientos subjetivos singulares. Desde este análisis, las sustancias no serían en sí mismas productoras del “malestar social”, sino que darían cuenta de éste (De Ieso, 2008).

A partir de estas consideraciones éticas y teóricas es que encuentro pertinente trazar un puente con mi experiencia de rotación en un centro de salud que brinda cuidados ambulatorios a personas en situación de consumo problemático y los aprendizajes adquiridos respecto del cuidado y acompañamiento de personas que transitan padecimientos subjetivos, así como también de las prácticas de promoción de la salud mental y de prevención inespecífica del consumo problemático desde la perspectiva de RRD.

Este centro de salud tiene una propuesta de trabajo centrada en la RRD que enfatiza la intervención a nivel grupal y comunitario con un enfoque de umbral mínimo de exigencia, con el objetivo de reforzar, restituir y promover los lazos sociales y el tejido

comunitario. Esta mirada es instituyente en un contexto donde la atención ambulatoria, en general, se centra en el tratamiento individual principalmente desde un enfoque de atención toxicológica a partir de intervenciones singularizadas. Asimismo, se constituye como un equipo interdisciplinario conformado por trabajadoras sociales, psicólogas, psiquiatra, médica generalista, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta y tallerista de dramaturgia, donde todas las profesionales que lo conforman aportan desde sus saberes disciplinarios para el enriquecimiento del abordaje integral de las problemáticas.

En relación a esto, si bien desde la institución se desarrollan intervenciones individuales en el contexto de consultorio (entrevistas, atención psicoterapéutica, consulta psiquiátrica), lo innovador de la propuesta radica en complementar los niveles de abordaje individual, grupal y comunitario como herramientas metodológicas útiles en el PSEAC. Esto implica no subordinar la atención de la salud a las intervenciones individuales, sino poder recurrir a distintos abordajes de acuerdo a la singularidad de cada situación, enmarcando las intervenciones en el contexto comunitario.

Los dispositivos grupales y comunitarios de la institución incorporan el arte, la expresividad, las ocupaciones colectivas y los espacios recreativos, en los que se promueve la construcción de vínculos entre los usuarios y con la comunidad. Así los talleres y las actividades comunitarias se constituyen en espacios de producción de subjetividad que, a través de la expresión artística y la narrativa biográfica, recuperan y revalorizan las trayectorias y saberes de los usuarios.

En este marco conceptual se inserta en la institución el dispositivo de abordaje comunitario “Ranchadas”. El mismo promueve un desplazamiento de la intervención intramuros a la extramuros, donde las acciones se construyen a partir de las posibilidades subjetivas de los usuarios y de los lazos comunitarios (Cavalcanti, 1996). De esta forma es el equipo de salud quien va al encuentro con la población -en este caso población en situación de calle que atraviesa situaciones de consumo problemático- para incentivar prácticas de cuidado de la salud, subvirtiendo la lógica imperante de responder ante las demandas que presentan quienes concurren por sí mismos a los servicios de salud.

El dispositivo de Ranchadas y la prevención inespecífica

El espacio de ranchadas se inserta en las prácticas de promoción de la salud mental comunitaria y de prevención inespecífica del consumo problemático de sustancias. Consta de recorridas con frecuencia bisemanal que realiza el equipo de salud por las zonas del barrio donde suelen armar ranchos las personas que viven en situación de calle. En estas recorridas se entrega a las personas agua, refrigerios, preservativos, barbijos, elementos de primeros auxilios, entre otras cosas, de acuerdo a las necesidades de la población. Esta intervención tiene un doble objetivo, por un lado, funciona como estrategia para reducir riesgos relacionados a la situación de calle y/o consumo, y por otro sirve para establecer un vínculo con quienes habitan las calles del barrio a fin de generar accesibilidad a los servicios de salud y promover derechos en una población que generalmente no accede a los mismos.

La accesibilidad a los servicios de salud es entendida de forma vincular, como el encuentro/desencuentro entre los sujetos y los servicios. En este encuentro, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de

encontrarse. Desde esta perspectiva resulta necesario incluir las prácticas de vida y de salud de la población en la elaboración de las estrategias para mejorar el acceso (Comes y otros, 2007). Por lo tanto, el concepto de accesibilidad remite a la articulación de estos dos actores fundamentales y pone en juego tanto la posibilidad que les sujetos tienen para acceder a los servicios cuando lo consideren necesario como la capacidad de los servicios para contener a estos sujetos necesidades de atención (Stolkiner en Heenskerk, 2009).

A fin de poder analizar la accesibilidad distintos autores han desagregado el concepto en dimensiones, con el objetivo de operacionalizar su complejidad y las diversas variables que la atraviesan, como ser la física (barreras o facilitadores para que un entorno garantice autonomía, seguridad, dignidad y confort sin excluir las necesidades de ningún individuo) (Serrano Guzmán y otros, 2013), geográfica (localización de los servicios y las características que dificultan o facilitan su acceso), económica (de acceso gratuito o no), organizativa/administrativa (aspectos burocráticos, tiempo de espera, forma de acceder a turnos, etc.) y simbólica (diferencias culturales, representaciones sociales, preconcepciones que operan en trabajadores y usuaries) (Comes y otros, 2004; Pawlowicz y otros, 2007).

Tomando en cuenta las dimensiones en las que se aborda la accesibilidad, considero que sin dejar de lado una mirada integral de todos los factores que la condicionan, el dispositivo de ranchadas se centra en remover barreras simbólicas para que las personas en situación de calle efectivamente puedan acceder a los servicios sanitarios. Estas barreras están constituidas en primer lugar por las representaciones sociales y percepciones que tienen los trabajadores de los servicios de salud (aunque también sean sostenidas por las personas en situación de calle). En este sentido, esta población muchas veces es expulsada de los servicios de salud por ser portadora de un doble estigma: consumidora y en situación de calle. Esta expulsión puede darse de forma explícita (a través de actitudes discriminatorias o moralistas hacia les usuaries) o implícita (porque los servicios no están diseñados para alojar las necesidades de estos usuarios e interponen barreras que a la vez son simbólicas y organizacionales). A partir de esta operatoria, el ciclo de expulsión de los servicios de salud se retroalimenta, ya que, a partir de las experiencias de exclusión vividas, ellos mismos dejan de concurrir a los servicios, aún en situaciones de grave afección a su salud. En consecuencia, la guardia se constituye como la principal puerta de entrada al sistema de salud para esta población.

En contraposición a esto, el dispositivo de Ranchadas apuesta a derribar las barreras simbólicas a partir de la construcción vincular, con el objetivo de construir lo que se denomina como accesibilidad ampliada, que contemple todo el PSEAC. Esto implica que las personas en situación de calle no sólo acudan a los servicios de salud en situaciones de emergencia, sino que puedan tomar una posición proactiva respecto a su salud y abordarla desde la prevención (Heenskerk y otros, 2009).

Respecto a las personas que viven en situación de calle, la trabajadora social Graciela Touze señala que:

La situación de calle es una de las manifestaciones más extremas de la exclusión social y constituye un problema que se da principal, pero no exclusivamente, en las grandes ciudades. Las condiciones de vulnerabilidad que afectan a las personas en situación de calle son determinantes para dejarlas por fuera del ejercicio de su ciudadanía, y

las exponen a circunstancias permanentes de riesgo, en un espacio signado por la marginación y la pobreza. (Touze, en Di Iorio, 2019:6)

Retomando la caracterización del consumo problemático como un recurso para la supresión tóxica del sufrimiento subjetivo, se puede analizar la función que cumpliría el consumo para las personas en situación de calle. Así, los consumos de sustancias psicoactivas se asocian con la idea de “poder sobrevivir o soportar la vida en calle”, por lo que están asociados a ciertos beneficios, más que acciones riesgosas (Di Iorio, 2019). En este sentido, la posibilidad efectiva de promover la RRD con las personas en situación de calle se asienta principalmente en la prevención inespecífica, a partir de la revalorización de la subjetividad, la promoción de los lazos sociales y la mejora de la calidad de vida, implicando también el plano material de su existencia.

Las Ranchadas como motor de interrogantes

A modo de contextualizar la experiencia es preciso mencionar que, durante mi inserción en el dispositivo, realizamos recorridos en uno de los asentamientos informales más populosos de la CABA, puntualmente por los laterales de un predio deportivo, donde las personas en situación de calle suelen disponer sus ranchos. Este es un espacio muy descubierto, en el que no hay árboles, ni construcciones para resguardarse de las condiciones climáticas, lo que agrava la exposición de la intimidad a la mirada ajena, propia del habitar la calle. Por otro lado, al ser un espacio contiguo a un estadio de fútbol, son frecuentes los desarmes o destrucción de los ranchos en el contexto de los operativos de seguridad deportivos en las fechas cercanas a los encuentros deportivos, dejando a las personas sin sus pocas pertenencias. También son frecuentes las situaciones de violencia en el contexto de estos eventos.

La población identificada en este dispositivo de Ranchadas es mayoritariamente masculina adulta joven, aunque también se identifican mujeres que generalmente habitan la calle con parejas varones. Cabe resaltar que, si bien algunas personas están asentadas en este lugar de manera más o menos estable, la mayoría permanece de forma intermitente o por períodos breves. Por lo que es frecuente que en cada recorrido se conozca a alguien nuevo y se realice una presentación tanto del efector, como de los recursos y los dispositivos existentes en el territorio. En relación a los consumos problemáticos se identificó como prevalente en esta población el consumo problemático de alcohol y pasta base.

Me inserté en las Ranchadas junto a mis compañeras residentes de trabajo social y residentes de terapia ocupacional. Este espacio presentaba una modalidad de intervención que ninguna de nosotras había realizado anteriormente y que nos generó **muchos interrogantes**, ya que acercarse a los ranchos implica irrumpir en la intimidad de quienes vivencian su privacidad en el espacio público para promover una demanda de atención que muchas veces no es sentida por ellos. Por otro lado, este dispositivo también fue movilizante ética y emocionalmente, al mostrar de frente la cara más cruda de la vulneración de los derechos humanos en nuestra sociedad.

En ese contexto surgieron interrogantes respecto de ¿cómo acercarnos al mundo íntimo de las personas en situación de calle sin ser invasivos? y ¿con qué herramientas cuenta el equipo de salud para trascender la distribución de recursos y abrir paso al acompañamiento de los PSEAC y la promoción de la salud mental comunitaria? Al interpelar las prácticas desde estos interrogantes es que pude identificar cómo se

plasma en las intervenciones en el territorio el concepto de prevención inespecífica, como una forma de abordaje que promueve el diálogo, el respeto, la participación y la construcción de redes comunitarias para favorecer la salud.

Así pude reconocer que el vínculo que el equipo de este efector mantiene con la población en situación de calle se construyó a lo largo de los años y que se sustenta principalmente en la escucha activa y el respeto por la autonomía de las personas, sin juicios de valor frente al modo de vida de los otros. Es esta confianza lograda y el reconocimiento barrial al trabajo de la institución, lo que habilita al equipo a poder transitar por las ranchadas y acceder al espacio privado de las personas. Asimismo, el acercamiento se hace respetando a quienes no quieren hablar, a quienes sólo quieren acceder al recurso (agua, refrigerios, etc) y también a quienes quieren charlar, compartir o consultar información. No se fuerzan los tiempos de los otros, ni se impone la interacción. Considero que esto último es lo que permite que el equipo sea bien recibido.

Finalmente, hubo otro cuestionamiento que siempre estuvo presente en mi paso por este dispositivo, aunque tal vez no de forma tan explícita como los dos anteriores ¿Cómo acompañar los PSEAC de esta población, cuando individualmente no está a nuestro alcance cambiar sus condiciones materiales de existencia? Teniendo en cuenta que su situación de despojo material condiciona no sólo su relación con las sustancias, sino su estar en la comunidad.

Este último interrogante es el más complejo y considero que es un cuestionamiento con el que los trabajadores sociales nos encontramos en el cotidiano de nuestras prácticas al trabajar con personas que tienen derechos vulnerados. En relación a esto considero que no es un interrogante cerrado, pero es fundamental plantearlo para abrir la reflexión en torno a nuestro rol profesional y al entramado social complejo en el que intervenimos. Por un lado, para poder reconocer la frustración que implican las contradicciones en las que se desarrolla nuestro quehacer profesional. Respecto de esto, considero fundamental la reflexión que realiza la trabajadora social Jorgelina Matusevicius (2014):

(...) frustración por estar llamados a resolver aspectos derivados de esa desigualdad [*la desigualdad social*] pero, al mismo tiempo, estar insertos en dispositivos que la reponen permanentemente. Llamados a superar las situaciones de carencia, pobreza y padecimiento subjetivo parecemos quedar atrapados en su reproducción.” (Matusevicius, 2014:180)

La orientación ético-política de nuestro quehacer debe ser traída a la mesa de debate. En este sentido, es necesario el reconocimiento del proceso contradictorio de reproducción del orden y de desarrollo de la potencia transformadora del mismo que conlleva el ejercicio de nuestra profesión. Entonces, de lo que se trata es de traer a la conciencia las consecuencias políticas de nuestra intervención concreta, para los procesos de lucha cotidiana, independientemente de la voluntad y las ‘buenas intenciones’ que tengamos. (Matusevicius, 2014:189).

Por otro lado, el hecho de realizar este planteo permite analizar las situaciones problemáticas en su contexto macro-social. En la práctica cotidiana las personas se

presentan como experimentando problemas individuales, por lo que es necesario contextualizar estas situaciones como expresiones fragmentadas de la cuestión social (Matusevicius, 2014). Reconocer la dimensión colectiva de los problemas sociales echa luz sobre las opresiones interseccionales que subyacen a nuestra sociedad (como las de género, origen nacional, clase, respecto de la diversidad funcional, etc) y nos obliga a analizar nuestra práctica profesional como un acto ético-político, a fin de evitar prácticas tutelares, acríicas y deshumanizantes que naturalicen las desigualdades sociales existentes.

En este contexto, considero que el trabajo social aporta a los equipos interdisciplinarios una mirada desde la complejidad y la integralidad. Esta mirada es necesaria tanto para develar las opresiones sociales que operan en las vivencias singulares, como para cuestionar las prácticas tutelares que invalidan la capacidad de decisión de los usuarios.

Trayendo estas reflexiones a la práctica realizada en el espacio de Ranchadas, pude visualizar como cada encuentro se asienta en un proceso mayor que a través del tiempo buscan inscribir marcas de cuidado que favorezcan en esta población un posicionamiento como sujetos de derechos, contrarrestando el potencial arrasamiento subjetivo que implica estar en situación de calle y de consumo (Heenskerk y otros, 2009). Así, el dispositivo se propone fomentar el encuentro en el espacio público, pero también tiene por objetivo acercar a las personas a los servicios de salud y a otros espacios de participación en la comunidad, de organización y de ejercicio de la ciudadanía.

En conclusión, considero que Ranchadas es un dispositivo paradigmático para analizar las intervenciones desde el paradigma de RRYD ya que, incorpora el enfoque de umbral mínimo de exigencia -en el que no se excluye a quien consume- y las perspectivas de promoción salud mental comunitaria y prevención inespecífica en una actividad que sale al encuentro con el otro, pero sin obligarle a participar, respetando su autonomía. De esta manera funciona como otra puerta de acceso, una más comprensiva e inclusiva a los servicios de salud.

Reflexiones finales

Para concluir, resulta relevante señalar que a partir de mi inserción en el dispositivo pude conocer cómo se articula en la práctica el paradigma de RRYD, con el enfoque de promoción de la salud mental comunitaria y el de prevención inespecífica. Estas perspectivas son complementarias y requieren de un abordaje integral que posibilite comprender a las personas que transitan padecimientos subjetivos como sujetos de derechos, lo que implica el reconocimiento de sus capacidades y su protagonismo en los PSEAC que transitan. De esta forma se interviene CON ellos, no sobre, ni para ellos. En consonancia, desde estas perspectivas el consumo problemático de sustancias psicoactivas es caracterizado como una práctica social inscripta en un contexto social, histórico, cultural y económico determinado que la condiciona.

En consecuencia, se entiende a la prevención inespecífica como una intervención destinada a promover procesos de ciudadanía, de construcción de vínculos y de valorización de la subjetividad de los usuarios para poder crear un proyecto de vida que no requiera del consumo de sustancias como forma de suprimir un padecimiento. En este sentido, el consumo problemático es entendido como una práctica que pone en evidencia el malestar que transita el sujeto y no como la causa principal de ese malestar.

Por ello las intervenciones desde la RRYD abordan a la persona y a contexto vital, más allá de enfocarse en las prácticas de consumo.

Basándose en dichos principios, la RRYD propone el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en el contexto ambulatorio y comunitario, tomando a la internación como medida excepcional. En ese contexto se implementan los dispositivos de umbral mínimo de exigencia, que proporcionan un encuadre flexible orientado a contener y alojar, en donde no se requiere la abstinencia para su participación, lo que favorece la accesibilidad al sistema de salud de poblaciones que tradicionalmente quedan excluidas de los servicios de atención que adoptan una perspectiva abstencionista.

Por lo antes descrito considero que Ranchadas es un dispositivo paradigmático para analizar las intervenciones desde el paradigma de RRYD. Este espacio expresa posicionamiento comprometido con los derechos humanos, que aborda los PSEAC desde una perspectiva situada contextualmente que los anuda con las opresiones interseccionales y los procesos de organización que desarrollan las comunidades.

Bibliografía

- Bachor, A. y Calabrese, A. (2015). Curso de actualización: Los alcances del modelo de intervención en los consumos problemáticos. Módulo N°1, Clase N°1. Sedronar. Ministerio de Salud. Argentina. Recuperado de: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/10/miscelaneas44293.pdf>
- Baldelli, B., Bogliano, E. y Ghiselli, S.(2014). “Dispositivos de abordaje extramuros con personas en situación de calle y en escenarios de consumo”. En: “Dispositivos de intervención clínica. 1° Jornada de salud mental y adicciones”. Ediciones: Lic. Laura Bonaparte
- Bang, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: Una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. En Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología UBA (Ed.). Buenos Aires. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/la_estrategia.pdf
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. En Revista Psicoperspectivas, N°13. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242014000200011&script=sci_arttext
- Benedetti, E. (2015). Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Buenos Aires: Ediciones Laura Bonaparte. Buenos Aires. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/03/hacia_un_pensamiento_web.pdf
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental. Algunos interrogantes y perspectivas. En Revista Margen N° 65. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>

- Cavalcanti, L. "Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías". Ficha. 1996
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En Revista Anuario de investigaciones, N° 14. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100019&script=sci_arttext&tlng=en
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción.
- De Ieso, Lía Carla (2008). La prevención inespecífica en el campo de la drogadicción. En Revista Margen N° 48. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen48/deieso.html>.
- Di Iorio, J. (2019). Situación de calle, espacio público y uso de drogas: una aproximación al problema. Buenos Aires. Recuperado de: <https://intercambios.org.ar/assets/files/Situacion-decalle.pdf>
- Equipo interdisciplinario de salud de La Otra Base de Encuentro, (2017). "Experiencia de abordaje territorial, orientada en reducción de riesgos y daños". Buenos Aires.
- Fussi, P. V. (2019). Salud Mental y Trabajo Social: la RI Sa. M como instancia-potencia para pensarnos. En Revista Cátedra Paralela, N°16. Rosario. Recuperado de: <https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/9/8>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (S/F). Prevención de los consumos problemáticos para jóvenes y adolescentes: Herramientas para la intervención en instituciones educativas. Buenos Aires.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEpS (2013). Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica. Buenos Aires: Ministerio de Salud
- Goffman, E. (1970). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goltzman, P. M. (2016). Memorias del Encuentro Intervenciones desde la Reducción de Daños : perspectivas y desafíos actuales. Intercambios Asociación Civil. Buenos Aires. Recuperado de: <https://intercambios.org.ar/assets/files/Intervenciones-desdelaReducciondedaos.pdf>
- Guzmán, M. F. S., Castellanos, C. A. C., Pereira, L. F. J., y Ortiz, N. J. G. (2013). Instrumento para evaluación de la accesibilidad con criterios de diseño universal. En Revista Virtual Universidad Católica del Norte, N°39, pags. 143-151.
- Heenskerk, A. , Kojdamanian, R. y Morán, N. (2009). Varones adultos en situación de calle y la atención de la salud. La experiencia desde un Centro de Salud y Acción Comunitaria.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. 2 de Diciembre de 2010.
- Ley Plan Integral Para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934. 28 de Mayo de 2014.
- Marlatt, G. A. (1998). Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- Matusevicius, J. (2014). Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales. En: Mallardi, M. (Comp.) Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. ICEP-CTS. Buenos Aires.

- Menéndez, E. L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. En Revista Salud colectiva N° 8. Buenos Aires. Recuperado de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v8n1/v8n1a02.pdf
- Ministerio de Educación de la Provincia de Neuquén. (2015). Prevención de las adicciones y consumos problemáticos de sustancias. Recuperado de: https://www.neuquen.edu.ar/wp-content/uploads/2016/08/PUBLICACION_ADICCIONES.pdf
- Pawlowicz, M. P., Rossi, D., y Zunino Singh, D. (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud. Intercambios Asociación Civil. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/75.pdf>
- Quercetti, Florencia, Parenti, Mariana y Stolkiner, Alicia (2015). Desafíos en el campo de la salud mental Argentina: un análisis a la luz de los actuales procesos de globalización y las políticas regionales. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-015/621>
- Quevedo, Silvia (2015) Los tratamientos que solo hacen eje en la desintoxicación naufragan. En Revista Quiero Vale 4 Edición Verano 2014-2015. Recuperado de: http://www.fcn.unp.edu.ar/sitio/observatorio/wp-content/uploads/2016/11/01_Consumos_Quevedo.pdf Salud. Ed. Lugar. Buenos Aires.
- Staffolani, Mariela (2003). ¿Prevenir el consumo? o ¿disciplinar al sujeto? En Revista Margen N° 30. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen30/staffo.html>
- Stolkiner, A., y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. En revista Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría, N° 23(10). Buenos Aires. Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf
- Zéner, Camila (2018). «Interviniendo en un extremo del ovillo. Trabajo Social en el campo del consumo problemático de sustancias» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 163-178 Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19946>