

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE
DESPLAZAMIENTO A LUGARES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
(SPA) – AÑO 2009 – 2010

LIC. BEATRIZ BALDELLI

LIC. EDUARDO BOGLIANO

LIC. SILVIA GHISELLI

PROF. VERÓNICA SUÁREZ GODOY

1.- Introducción

A partir de los datos obtenidos por el equipo interdisciplinario de desplazamiento a los lugares de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), se efectuó el análisis del trabajo realizado por dicho equipo durante los años 2009 y 2010.

Siguiendo el diseño de estudio exploratorio de investigación – acción que comenzamos en el año 2007 y, retomado para los años precedentemente señalados, intentamos monitorear la conformación del perfil epidemiológico de la población usuaria de SPA localizadas por los equipos en su recorrido semanal (día lunes) en la zona aledaña a la sede del Centro de día “La Otra Base de Encuentro”, ubicado en el Barrio Rivadavia I, Bajo Flores, CABA.

Así mismo se incorpora como objetivo de la investigación para el año 2010, la evaluación del impacto de nuestras intervenciones en la accesibilidad al sistema de salud de los usuarios de sustancias que se encuentran en situación de calle. Para poder analizar esta situación tomamos dos indicadores diferenciales que permiten medir el impacto de la accesibilidad: Por un lado la “accesibilidad inicial” al sistema de salud, definida como, la posibilidad que tiene el usuario de llegar a una primer consulta con un profesional, según sus características socio-culturales. Y por otro lado la “accesibilidad ampliada”, definida como la posibilidad que tiene ese mismo sujeto de continuar un proceso de tratamiento, en caso de requerirlo¹.

¹ Rossi, D. y otros en “Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en la ciudad de Bs. As. Y Rosario, la perspectiva de los trabajadores de la salud” (Publicado en Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito).

En este sentido, esta investigación nos permite pensar y re-pensar las intervenciones y dispositivos de umbral mínimo de exigencia que nos parecen más apropiados a medida que se afianza el contacto con dichos usuarios. Como se ha expresado en otras oportunidades² “las intervenciones y dispositivos de umbral mínimo de exigencia intentan disminuir las consecuencias perjudiciales del consumo de sustancias en la salud especialmente en esta población renuente al abandono del consumo”.

Por otra parte, a medida que se consolida el vínculo con los usuarios, la transferencia de conocimientos de sus derechos (salud, educación, identidad, etc.) Permite situar a los mismos como sujetos de derecho en el marco de construcción de ciudadanía; y favorece el re-anudamiento del lazo social que en la mayoría de los casos se ha des-anudado incrementando el nivel de vulnerabilidad de estos sujetos que ya provienen de barrios y zonas de por sí vulnerables. “Es como estar al margen del margen”, en este sentido entendemos que en nuestro territorio en particular y con la población usuaria de drogas en situación de calle en especial, aplica más la idea de “expulsados”. Esta categoría refleja mejor la marca subjetiva que muchas de estas personas sienten respecto al sistema social en su conjunto. La idea de expulsión por otro lado implica no solo un movimiento de acercamiento (inicio del re-anudamiento) hacia el sujeto que se halla en situación vulnerable, sino también una idea de reparación. Es en este sentido que la perspectiva de restitución de derechos adquiere una importancia fundamental en el trabajo que realizamos. Esta perspectiva, presupone no solo una actitud receptiva por parte de los profesionales que trabajan con esta población hacia sus demandas y modalidades de satisfacción mas adecuadas, sino también una conciencia respecto al daño que socialmente se infligió a estos sujetos al someterlos a la “expulsión”, y la responsabilidad social que nos atañe en la restitución de los mismos, sin que esta reparación implique suplantar “al otro” en su lucha por el acceso a condiciones más dignas.

2.- Análisis de los datos

2.1 Algunas consideraciones preliminares

Durante el año 2007 contamos solamente con un equipo interdisciplinario de desplazamiento en calle compuesto por cuatro profesionales. En un principio se trabajó en toda el área de

² Baldelli, B.; Bogliano, E.; García Blanco, L.; Quevedo, S. y Suarez Godoy, V. “Anudando lazos: estrategias de acercamiento en calle con usuarios de drogas” - Premio mención Hospital P. Piñero. Año 2008.

influencia del Centro de Día, contactando 68 usuarios que se distribuían en 8 (ocho) grupos situados en diferentes espacios. Pero a principio del mes de junio, de ese mismo año, como efecto de la implementación de operativos policiales contra las redes del narcotráfico, a lo que se sumaron condiciones climáticas adversas, varios de los grupos contactados dejaron de concentrarse en sus lugares habituales quedando de manera estable algunos localizadas en la zona de la Villa 1-11-14 y sobre las cuales se concentraron las acciones. A las modificaciones producidas por el accionar policial, se sumó luego una modificación del espacio urbano, encarada por el Gobierno de la Ciudad, que llevó a cabo la mejora de dos “canchitas de Fútbol”, que eran el lugar en torno al cual se congregaban varias de los grupos. En un caso se le puso un alambrado perimetral y en el otro se cambió la circulación de vecinos en torno a la misma. Como resultado de estas modificaciones, los grupos de consumo, al menos temporalmente, se retiraron de esos escenarios.

Durante el año 2008 esa actividad se fue compartiendo con los nuevos “sacerdotes para la villa” ubicados en la Iglesia Madre del Pueblo. Como resultado de las modificaciones antedichas, se evaluó conveniente que los sacerdotes queden a cargo de las intervenciones en ese espacio territorial.

Es por ello que el análisis de los datos del año 2009 comienza en el mes de marzo pues se decide el desplazamiento del equipo a otro ámbito territorial. El nuevo escenario abarca desde Av. Cobo y Curapaligüe hasta Bonorino y Av. Castaños; siguiendo el límite geográfico de la Villa 1-11-14 y el Barrio Rivadavia I, desarrollándose hasta el presente nuestras intervenciones en dicha zona.

En la mencionada área, además del Centro de Día, se localizan dos Cesac (Centros de Salud y Acción Comunitaria): 19 y 40, ambos dependientes del Área Programática del Hospital Piñero. Con diferentes modalidades, cada uno de estos centros modificaron los dispositivos de atención hacia esta población en la medida que se fueron desarrollando acciones que permitieron un abordaje de la misma. El Cesac 19, a través de la Residencia de Medicina General, estableció una modalidad de acceso directo al consultorio para la población, sin la necesidad de turno previo y con una espera mínima. Los usuarios, saben que pueden acercarse al consultorio 4, de lunes a viernes de 8 a 17hs., excepto los miércoles, para ser atendidos. Por su parte en el Cesac 40, el personal de recepción sabe que cuando ingresa una persona en situación de calle debe comunicar de inmediato a algún miembro del equipo que trabaja con

esa población. Dicho equipo cuenta con Médico, Psicólogo y Trabajadores Sociales, que reciben la demanda, y articulan su atención, también con una espera mínima. En este Centro también se brinda asistencia en lo referente a las necesidades de alimento y vestimenta sirviendo dicha estrategia como otro modo de facilitar el acceso a la salud, ya que muchas veces la propia imagen de las personas en situación de calle les resulta una barrera para ingresar a la institución, por sentirse observados. Por último, desde el comienzo del funcionamiento del Centro de Día, se implementó una modalidad de atención de la demanda espontánea, que tiende a eliminar las trabas burocráticas, que pudieran alejar a la población que asiste. No se requieren turnos para entrevistas de admisión, se brinda asistencia médica, también sin turnos previos, se articula y se acompaña a los usuarios que deben utilizar otros efectores del sistema (derivación asistida) y se coordina un seguimiento cruzado entre las diferentes instituciones de salud del barrio para lograr la continuidad y adhesión a los tratamientos requeridos por esta población.

2.2. Acerca de los datos de la población

Realizando una mirada global sobre los registros llama la atención el aumento de Contactos de 1era. Vez entre el año 2009 y 2010

Cuadro N° 1: Contactos de primera vez

	Año	
	2009	2010
Contacto de 1era. Vez	47 casos	151 casos 

Fuente: elaboración propia.

Este incremento entre un año y otro (ver Cuadro N° 1), refleja la cantidad de personas nuevas contactadas en calle y puede obedecer a diferentes factores. Entre los identificados por nosotros podemos mencionar:

- Factores internos del efector:

Decisión del armado de otro equipo de desplazamiento a campo por la incorporación de recursos humanos (Residencia de salud Mental, estudiantes de la UBA y Universidad de las Madres de la carrera de Trabajo Social). Los equipos están constituidos, además por el siguiente equipo de planta: 1 Operadora Socio terapéutica, 2 Trabajadores Sociales, y 1 Médica Generalista

La continuidad del trabajo durante todo el año 2010 (Enero- Diciembre)

- Factores externos:

Estos obedecen a cuestiones propias de la dinámica barrial. Por un lado durante el año 2010 la actividad desplegada en el barrio por los narcotraficantes, por cuestiones que hacían a la seguridad de su negocio, desplazaron a los consumidores de sustancias desde el interior del barrio (pasillos, plazas, etc.) Hacia las zonas periféricas (bordes) y, por otro, el peculiar modo de funcionamiento de las agencias estatales en estas zonas; ya que los procedimientos desplegados, por estas, en otros barrio de la ciudad difieren de los que pueden aplicarse en este territorio. Todo ello permitió una visibilización mayor del problema con su correspondiente correlato en el contacto con dichos usuarios.

Al analizar el perfil de estos usuarios a través de la Variable Sexo la tendencia continuó siendo preponderantemente masculina como refleja el Cuadro N° 2:

Cuadro N° 2: Variable Sexo

Año	Base (absoluto)	Masculino %	Femenino %
2009	47*	68	32
	151*	67	33

Fuente: elaboración propia. *Total de contactos

Para ambos años, como puede observarse en el Cuadro N° 2, casi 7 de cada 10 consumidores de sustancias contactados en terreno son hombres.

No obstante, se advierte para el año 2010 una leve tendencia (sin diferencia significativa) de una presencia algo mayor en el grupo de mujeres, expresada en un incremento de 1% en relación al 2009; sin embargo habrá que cotejar si a lo largo del año 2011 esta tendencia cobra verdadera significación estadística.

En cuanto a la Variable Edad podemos advertir (ver Cuadro N° 3) que el promedio de los usuarios sin diferenciación por sexo se ubica en torno al segmento etéreo definido como jóvenes adultos.

Cuadro N° 3: Variable Edad

Promedio General de Edad sobre base ajustada *	
2009 (43 casos)	29.3 años
2010 (124 casos)	28.5 años

Fuente: elaboración propia.* Base ajustada según usuarios que figuran con datos de edad

Si analizamos el comportamiento de la variable edad según grupos etéreos observamos que tanto para el año 2009 como para el año 2010 la mayor concentración de usuarios se encuentra comprendida en el rango que va de los 20 a los 30 años. A partir de allí decrece según aumenta la edad.

En cuanto a la Presencia de Menores de Edad en los escenarios de consumo (Cuadro N° 4) por nosotros contactados, la misma no es relevante significativamente

Cuadro N° 4: Presencia de Menores de Edad en los escenarios de consumo

Grupo etéreo	2009 (43)*		2010 (124)*	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
10 – 13 años	1	-	3	1
14 – 17 años	6	-	6	-
Total s/ sexo	7	-	9	1
TOTAL GRAL	7		10	
Representatividad	16.3%		8.1%	

porcentual en el conjunto de grupos etáreos		
---	--	--

Fuente: elaboración propia. * Base ajustada según usuarios que figuran con datos de edad.

Como puede observarse además, en el cuadro precedente la presencia de menores en los grupos contactados se visualiza para el año 2010 una disminución de casi el 50%.

Vinculando la Variable Sexo con la Variable Edad (ver Cuadro N° 5) se pudo observar que la edad promedio en el grupo de mujeres decrece para el año 2010 5 puntos. Los hombres por su parte mantienen un comportamiento similar al año anterior, con un muy leve incremento, no significativo, de 2 puntos

Cuadro N° 5: Variable Sexo – Edad

Promedio General Edad			
2009		2010	
Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
(30)	(13)	(86)	(38)
28.2 años	31.9 años	29.9 años	27.4 años

Fuente: elaboración propia

Esta tendencia deberá ser monitoreada durante el año 2011 a los efectos de establecer si se alcanza una diferencia estadísticamente significativa que nos permita transformar las tendencias en afirmaciones.

Con relación a las sustancias, tipo y modo de consumo de los usuarios en situación de calle, el registro esta basado en la observación y no en la indagación directa de este aspecto, ya que consideramos que en contactos iniciales preguntar sobre sustancias y hábitos de consumo, podría resultar un obstáculo para el establecimiento del vínculo. No obstante parte de la tendencia que se expresa seguidamente, surge del diálogo de los usuarios con el equipo en calle y de entrevistas en los efectores mencionados.

Por lo expuesto el perfil de consumo de estos usuarios se caracteriza por una marcada predominancia de alcohol y pasta base, seguida de un alta prevalencia de policonsumo, donde mayoritariamente la presencia del alcohol se encuentra asociado con otras sustancias: pasta base, marihuana y pastillas. Y con menor presencia de alcohol – pastillas – marihuana.

2.3.- Análisis de datos Acerca de las prestaciones realizadas

En relación a las Prestaciones Realizadas por el equipo del Centro de día “La otra base de encuentro”, se efectuaron:

Cuadro N° 6: Prestaciones realizadas

Prestaciones	2009	2010
- Entrevista de orientación	141	453
- Entrevista de seguimiento	36	534
Total de prestaciones	177	987

Fuente: elaboración propia

A partir del trabajo desplegado durante los años 2009 y 2010, comienza un proceso de visualización de esta población por parte de los efectores locales del sistema de salud. Se realiza un pasaje de la demanda potencial a una demanda espontánea. Surge la necesidad de implementar modalidades específicas de abordaje para la atención, así como nuevos instrumentos de registro que permitan, en este último caso, dar cuenta del impacto de las intervenciones realizadas. Esto requiere contemplar las particularidades propias del registro poblacional, así como la posibilidad de realizar el cruzamiento de datos de las tres instituciones involucradas. La puesta a punto del registro solo pudo lograrse hacia fines del 2009, por lo que los datos obtenidos solo abarcan el período 2010.

Para analizar el proceso de restitución de derechos en relación al sector salud, utilizamos como indicador de evaluación el concepto de accesibilidad antes mencionado. Tomando entonces la población en situación de calle que accedió al sistema de salud a través de los efectores involucrados pudo observarse que:

Del total de la población contactada extramuros por primera vez en el año 2010: (151 sujetos), 24 de ellos accedieron al menos a una consulta con un profesional de la salud, esto representa el 15.9%, es decir que casi 2 de cada 10 sujetos contactados tuvo una “accesibilidad inicial”.

De esa base (15.9% - 24 casos), el 29% tuvo una “accesibilidad ampliada”, o sea casi 3 sujetos de cada 10 tuvieron algún tipo de continuidad en el tratamiento.

En relación al perfil de los sujetos que tuvieron Acceso al Sistema vinculados a las Variables de Edad y Sexo, se observa el siguiente comportamiento:

Cuadro N° 6: Accesibilidad inicial 2010 al sistema de salud según Edad y Sexo

Grupo Etáreo	Masculino (9)	Femenino (15)
10 a 17 años	3	0
18 a 25 años	3	6
26 a 33 años	1	5
34 a 41 años	2	2
42 y mas años	0	2
Promedio General Edad	21.9	31.7

Fuente: elaboración propia

Al analizar el Cuadro N° 7 y compararlo con el promedio general de edad de la población contactada por 1° vez en el año 2010, se visualiza que consultaron los varones de edades más tempranas y las mujeres de mayor edad. A la vez que puede observarse que en términos absolutos, un mayor número de mujeres que acceden al sistema de salud.

Cuadro N° 7: Población contactada por 1° vez en el año 2010 según Accesibilidad Inicial por sexo y promedio de edad

Promedio General Edad	Masculino	Femenino
Accesibilidad inicial 2010	21.9 años	31.7 años
Población contactada 1era vez año- 2010	29.9 años	27.4 años

Fuente: elaboración propia

Un dato empírico que surge de la experiencia de campo, puede ayudar a explicar en parte este comportamiento. El trabajo de acercamiento a la población en edad adolescente, suele resultar mas dificultoso que con los adultos. Sin embargo el tiempo de contacto con los varones adolescentes ha sido mas prolongado que con las mujeres, ya que en este caso se comenzó a contactarlas mas tardíamente.

Analizando los motivos de consulta médica, los problemas prevalentes de salud concomitantes al consumo de SPA, refieren a:

- Problemas agudos:

De piel: quemaduras de piel y mucosas

Eccemas – Escabiosis – Piodermatitis - Forunculosis

Heridas contusas y/o cortante

Gastroenteritis

Respiratorias:

Bronquitis - Bronco espasmo

Problemas odontológicos

Otalgia

ITS:

Sífilis – Gonorrea

Patología de miembros: (superiores y/u inferiores)

Heridas cortantes y/o fracturas

- Patologías crónicas

Epilepsia (sin tratamiento)

Oculares (disminución de agudeza visual)

Úlcera

Serología positiva sin tratamiento

- Prácticas de prevención:

Test de embarazo

Anticoncepción

Cabe señalar que los motivos de consulta más frecuentes están relacionados con situaciones de violencia y/o infecciones, vinculadas al hábitat.

3.- Conclusiones

El análisis de la información nos muestra que las intervenciones que el equipo de calle viene realizando logra efectivamente iniciar un proceso de re-anudamiento del lazo social con su correspondiente disminución de daños asociados al consumo.

En la medida que se ha podido tener continuidad en el trabajo de campo; y básicamente con aquellos usuarios de sustancias que tienen mayor permanencia en los escenarios de consumo pudo observarse cómo estos sujetos comenzaron a demandar espontáneamente a los efectores de salud del primer nivel de atención por distintos motivos – problemas; así como a otras instituciones barriales tales como comedores.

Este movimiento; y específicamente en el ámbito sanitario modificó favorablemente la modalidad de acceso al sistema de esta población. Pasando del ingreso al mismo solo por situaciones de emergencia, a la consulta espontánea frente a episodios agudos de menor nivel de complejidad. (forunculosis, anticoncepción, cefaleas, dolores estomacales, heridas cortantes leves, conjuntivitis, etc.)

Desde otra perspectiva el trabajo del equipo de calle también produjo ciertos cambios hacia el interior de los equipos de los Centros de Salud locales. Se logró disminuir la percepción que muchos de los profesionales de la salud tenían sobre los usuarios de drogas identificándolos como personas peligrosas, violentas, agresivas, etc. Esta nueva percepción facilitó la accesibilidad de estos sujetos al sistema. Así mismo la incorporación de

profesionales en formación (residentes) en el equipo interdisciplinario de calle permitió una mejor articulación entre el 1er y 2do nivel de atención.

Pensando en lo atinente al consumo de sustancias, nuestras intervenciones facilitaron también el pedido de tratamiento e internación en algunos sujetos que habiendo pasado por internaciones previas se encontraban absolutamente renuentes a iniciar nuevamente un tratamiento que les permita dejar el consumo

El proceso de re-anudamiento, que implicó el acceso a instituciones por varios de las personas contactadas en situación de calle, facilitó el abordaje de otro tipo de problemáticas, ya no solo referidas a cuestiones sanitarias sino también a otras vinculadas a sus situaciones socio-económica e incluso de orden Judicial. Este acceso a la tramitación de problemáticas permitió un cambio de posición subjetiva en dichas personas incidiendo significativamente en la realidad cotidiana de las mismas.

Bibliografía consultada

BALDELLI, B.; BOGLIANO, E.; GARCÍA BLANCO, L.; Quevedo, S. Y Suarez Godoy, V. (2008) “Anudando lazos: estrategias de acercamiento en calle con usuarios de drogas” - Premio mención Hospital P. Piñero.

CASTEL, R. “La dinámica de los procesos de marginalización” de la vulnerabilidad a la exclusión, en Revista Topía.

ROSSI, D. Y otros en “Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en la ciudad de Bs. As. Y Rosario, la perspectiva de los trabajadores de la salud” (Publicado en Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito).