



Formación y Capacitación de Agentes Comunitarios para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias

Módulo 1

Coordinación:
Mg. Adriana Villalva

Co-coordinación:
Lic. Prof. Julieta Cassini - Adscripto Félix Heredia

Módulo 1: Salud y Comunidad¹

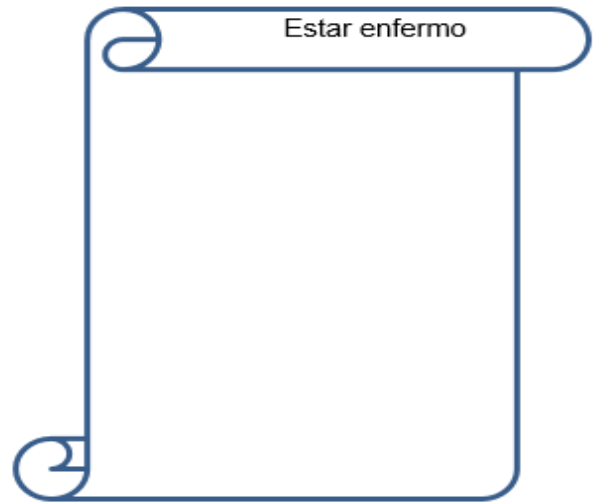
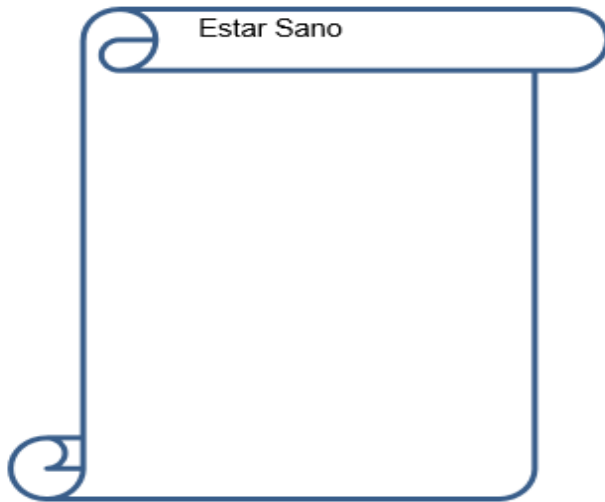
● Salud y derecho: distintas concepciones y prácticas en salud

¿Qué se entiende por Salud?

Esta es la primera pregunta que va a guiar siempre las discusiones en estos encuentros:

¿qué sabemos o creemos que es la salud?

Para comenzar a construir una respuesta entre todos podríamos responder desde nuestra experiencia y saberes que entendemos por:



Para responder podemos tener en cuenta algunas preguntas que guiarían nuestra respuesta:

- ***¿Cómo me estoy sintiendo con mi cuerpo, mi ánimo, mis ganas?***
- ***¿Qué me puede estar pasando para estar enfermo o sano?***
- ***¿Qué me puede estar preocupando?***

De la discusión en grupo sobre lo que contestaron en la actividad anterior que podemos concluir sobre el estar sano o enfermo....

.....

.....

.....

¹ El presente módulo está basado en los materiales presentados en Villalva, A. y De Casas, C. (2016). Cuadernillos Autónomos para pensar la salud en territorio – Curso de Agentes Comunitarios -N 1,2 y 3.

¡Buena conclusión!

Podemos decir entonces que...



Se entiende a la salud y enfermedad como momentos de un mismo proceso, social e históricamente determinado por las condiciones de vida y trabajo en una sociedad dada.



La salud es un derecho humano y parte fundamental del derecho a la vida, así como un deber del Estado garantizarlo. La salud es un derecho en sí mismo y no un medio para promover el capital humano. Tampoco puede verse como una mercancía, sino como un bien público. Además la salud es una responsabilidad social en y de la comunidad.

...Si tomamos estos aportes se puede decir entonces que

la salud implicará el trabajo colectivo de los miembros de una comunidad junto con los servicios de salud en los problemas de salud presentes, a través de determinados programas ejecutados con la participación de la comunidad teniendo en cuenta las necesidades, prácticas y saberes.

Diferenciar la salud como un derecho de una mercancía posibilita conocer las representaciones y prácticas realizadas por los conjuntos sociales incluidos los especialistas (médicos, enfermeros entre otros), que posibilitan su reconocimiento, definición y modos de organizar su atención.

Las percepciones respecto del cuerpo, la salud y la enfermedad circulan en determinados grupos condicionando sus prácticas en el cuidado de la misma. Dichas representaciones son el producto de una construcción colectiva.

En este proceso de construcción de representaciones y prácticas operan mecanismos de apropiación, reelaboración y reinterpretación tanto desarrollados por el campo médico como por los diferentes actores sociales.

Las creencias y prácticas diferenciales en la resolución de la salud familiar y en el rol que las mujeres y varones asumen tanto para atender y cuidar a otros como en la percepción y cuidado de sí mismos están atravesadas por la condición de género.

Los hombres tradicionalmente han sido asignados a la producción material de bienes y las mujeres en su función de procreación, a la reproducción social y doméstica. En la actualidad la idea de que la mujer ha estado recluida en el ámbito privado ha ido cambiando en tanto que, en el desenvolvimiento cotidiano, ellas despliegan prácticas caseras y populares y se muestran informadas en las rutinas públicas del sistema oficial.

Por ejemplo, cuentan con conocimiento para gestionar con eficiencia turnos, administración de medicamentos y vacunación y llevar adelante las indicaciones de tratamiento, tareas que hoy también comparte el hombre.



Por lo tanto...

la salud y la enfermedad no son condiciones estrictamente individuales, y responsabilidad de un solo género, ya que se explican y expresan en el entrecruzamiento de las relaciones familiares, institucionales y laborales.

Y



ambos saberes –tanto el de los profesionales como el de los sectores populares - forman parte de la cultura de una sociedad, y como cada cultura tiene sus propias pautas de lo que es enfermedad, salud, normalidad, etc., las formas de resolverlas deben estar en función de esas necesidades.

Los determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud define a los Determinantes de la Salud de la siguiente forma:

—Condiciones sociales y económicas desfavorables que afectan la salud a lo largo de la vida.”

Las personas que están más abajo en la escala social, usualmente poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente.

Causas materiales y psicológicas contribuyen con estas diferencias y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes.

Las desventajas pueden ser por algún aspecto o varios. Entonces una persona, una familia o un grupo puede verse afectados por algún determinante o varios de ellos.

Si las políticas no logran enfrentar esos eventos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, la justicia social.

Reconocer los determinantes sociales, nos permite saber sobre las desigualdades de salud y evitarlas



La Salud es un derecho, no un privilegio: La Salud Como Derecho Humano y El Estado Como Garante

La salud constituye una dimensión esencial de la calidad de vida del hombre y es considerada por todas las culturas como un bien superior que debe ser máximamente preservado, por cuanto está ligada a toda la actividad humana y constituye un medio necesario para alcanzar una existencia feliz, digna y productiva, tanto en el aspecto social como en el económico.

Existe consenso mundial en reconocer **la salud como un derecho humano fundamental**, en cuanto es un requisito esencial para la realización de los proyectos de vida de los individuos y la construcción de las sociedades democráticas, aunque no figure explícitamente ni en la Constitución Argentina ni en otras constituciones nacionales. Si reconocen, el derecho a la salud, varias de las Cartas Magnas provinciales de la Argentina junto con otros grandes derechos (del consumidor, a la protección ambiental, al trabajo, a la propiedad). En este sentido, el derecho a la salud es corolario (derivado) del derecho a la vida, y legalmente está amparado (implícitamente) dentro de las denominadas “garantías innominadas”.

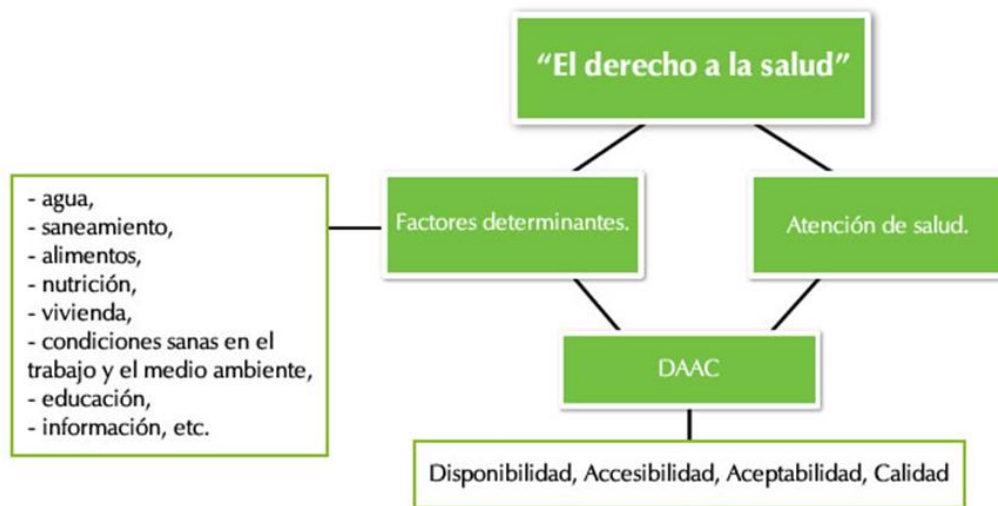
Sin embargo, y a pesar de estos acuerdos, al momento de definir qué se entiende por salud no existe el mismo tipo de consenso. Esto debido no sólo a la gran cantidad y complejidad de variables involucradas en su determinación, sino también a que, en su conceptualización intervienen los valores, tradiciones, creencias, conocimientos y normas presentes en cada grupo social a lo largo de su

historia. Por consiguiente, **la salud es, más que un concepto unívoco e inmutable, una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico.**

En las sociedades modernas, **la salud es considerada un bien preferente que debe ser cautelado por el Estado: es su responsabilidad protegerla y garantizar**, particularmente a las personas más desfavorecidas, el acceso a los mecanismos que la preservan.

Por consiguiente, **la salud no es solamente una tarea médica, sino**

- ☉ *Un proyecto social para el cual deben asumirse responsabilidades políticas, y que necesariamente debe ser liderado por el Estado, brazo operativo del sistema político que asegura la soberanía popular.*
- ☉ *Un proyecto social cuyo objetivo central es el desarrollo del capital humano y social de la Nación.*
- ☉ *Un proyecto social que promueve la integración social de los grupos excluidos y permite a toda la población también acceder a otros bienes tutelares: la educación, la justicia, la seguridad y el trabajo.*



- **Disponibilidad:** Se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos de salud, recursos humanos (considerando médicos, profesionales, técnicos y personal de salud capacitados) y programas, que incluyan los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.
- **Accesibilidad:** Significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, haciendo hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población.
- **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente aceptados. Además deberán ser sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida. Así mismo el paciente tiene todo el derecho de aceptar o no el diagnóstico y tratamiento que propone el personal sanitario.
- **Calidad:** Los establecimientos, servicios, equipamiento e insumos de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad; el personal debe estar capacitado; y debe contar con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Es parte de la calidad de los servicios de salud, el trato respetuoso, adecuado y oportuno a las personas que demandan atención.

Si la sociedad tiene la obligación de proteger la salud de sus miembros y si se reconoce que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y la enfermedad, entonces **es lógico que se den los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad, y que las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas.**

Este es el tercer principio implícito en la idea de medicina como ciencia social, y era reconocido por Virchow, Neuman y otros médicos del movimiento de 1848.

Desde su surgimiento y a lo largo de este siglo la salud pública se ha visto a sí misma como una ciencia social a la que concurren un conjunto de disciplinas. Estas enfrentan la enfermedad como un fenómeno social que tiene diversas expresiones individuales.

La multidisciplinariedad de la salud pública se hizo evidente en los años setenta cuando se forjaron los conceptos y estrategias de la atención primaria. Estos principios buscan integrar el enfoque de los problemas de salud desde **una nueva relación médico – comunidad**, y proponen **una acción intersectorial dirigida a modificar las condiciones de vida en que se generan las enfermedades.**

Hagamos un alto aquí, en estos párrafos aparecen términos, palabras que se escuchan muchas veces pero que quizás esté bueno revisar nuevamente su significado para poder utilizarlas con precisión en nuestra tarea



Disciplinacientífica o campo de estudio: se describe como una rama del conocimiento que es investigada y enseñada en centros de educación superior. Las **disciplinas** son reconocidas como tales por medio de las publicaciones académicas en las que se exponen los resultados de investigaciones

Intersectorialidad involucra a muchas instituciones y organizaciones de sectores diferentes de salud, tales como: educación, agricultura, economía, gobiernos locales, gremios, organizaciones privadas, autónomas, iglesias y muchos otros para que participen en buscar las mejores alternativas para solucionar los problemas.

Para la mayoría de los ciudadanos, la concepción de la salud en general sigue siendo la ausencia de enfermedad. No consideran los aspectos del completo estado de bienestar físico, mental y social que subyacen a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto es importante en tanto define la visión que tienen de la salud pública. Si lo que importa es la pérdida de la salud, es decir la enfermedad, el objeto conceptual de la salud pública debe ser la enfermedad misma.

La consecuencia lógica de una concepción donde prevalece la necesidad de satisfacer prioritariamente la demanda de atención médica es responder a ella. *Frente a esto, hoy se hace necesario un redimensionamiento teórico de la salud pública:*

“La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, mejorar la calidad y la esperanza de vida, y contribuir al bienestar físico, mental, social, y ecológico de la sociedad.” (Frenk 1994)

Esto se logra mediante un esfuerzo concertado de la comunidad que permita:

1. *el saneamiento y la preservación del medio ambiente,*
2. *así como el control de las enfermedades.*

Para ello, se requiere:

1. *disponer de servicios de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades, y*
2. *promover un conocimiento de los elementos de higiene que posibilite que todas las personas participen en el mejoramiento de la salud personal y colectiva.*

Con estas precisiones intentamos recuperar el carácter preventivo de la salud pública para que **la acción se oriente hacia la prevención de la enfermedad en sus orígenes y no en sus efectos**. Esto implica recuperar la visión de todos los componentes de la vida social y biológica que causan, permiten o facilitan que los agentes capaces de provocar enfermedades entren en juego.²

² Frenk, Julio. “La Salud Pública: Campo de conocimiento y ámbito para la acción”. EN: *La Salud de la Población: Hacia una nueva Salud Pública*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1994. p.6-18.

● Representaciones psico-socio-comunitarias sobre los/as consumidores/as de sustancias.

El trabajo sobre los consumos problemáticos requiere una mirada compleja: desde diferentes saberes, profesionales, instituciones ya que estamos frente a una temática también compleja. Está atravesada por muchos niveles de análisis: los aspectos sociales, políticos, económicos, históricos, las relaciones entre las familias, las particularidades de las personas hoy en día, sus aspectos psicológicos, las sustancias presentes en el mercado, etc.

Por esto, desde este espacio pensaremos a los consumos problemáticos especialmente en el campo de la salud. Más aún, dentro de la salud mental. Esto se basa en lo que presenta la ley de salud mental n° 26.657 que en su artículo 4 determina lo siguiente:

—Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

Es importante que además hablemos de **CONSUMOS PROBLEMÁTICOS**, no solamente de adicciones. Cuando hablamos de consumos problemáticos tenemos en cuenta también los abusos de sustancias como puede ser el consumo de alcohol de fin de semana en previas de adolescentes de nuestro país.

¿Qué son los consumos problemáticos?

—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”. (Art. 2 – ley n° 26.934)

Entonces... son problemáticos si afectan (Touzé, 2010)...

- ☉ La salud física y mental de las personas
- ☉ Sus vínculos sociales primarios (más cercano como familia, amigos)
- ☉ Sus vínculos sociales secundarios (compañer@s de trabajo, estudio)
- ☉ Sus relaciones con la ley

En general, los estudios sobre los distintos usos de drogas coinciden que tenemos que tener en cuenta las interacciones que se den entre: SUSTANCIAS, SUJETOS Y CONTEXTO.

Para trabajar sobre la temática tenemos que diferenciar entre USO, ABUSO Y DEPENDENCIA O ADICCIÓN

📍 USO DE DROGAS:

- Utilización de sustancias con el propósito de aliviar una dolencia (por ejemplo, usar medicamentos debidamente recetados por un facultativo) o de experimentar sensaciones placenteras (por ejemplo, fumar o tomar alcohol de forma moderada en las comidas o fuera de ellas)
- Es medido y planificado
- Está en relación con normas consensuadas por la mayoría de las personas que integran una cultura determinada, que consumen en contextos específicos (por ejemplo, acompañando la ingesta de comidas en el caso del alcohol, siguiendo prescripciones médicas en el caso de los medicamentos, etc.).

El USO es entonces aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

Es difícil a veces determinar si existe un “uso” de una sustancia o si se trata de un “abuso”. Para esto... tenemos que observar el contexto en el cual este consumo se realiza.

No solamente debemos prestar atención a la frecuencia en la cual se da, podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abusara rotundamente de la sustancia.

Tampoco podemos atender sólo a la cantidad, ya que podría haber consumos en apariencia no excesivos, pero repetidos con tanta frecuencia que estarían sugiriendo alguna forma de dependencia.

Tampoco es ajeno a este proceso el estado en que se encuentre el consumidor, ya que, por ejemplo, un mismo consumo moderado de alcohol puede derivar en abuso si el sujeto está tomando tranquilizantes prescritos por su médico.

Es preciso también poner la vista sobre el entorno del sujeto, ya que podría darse un consumo de drogas que además de perjudicar al sujeto, afectara gravemente a terceros.

No todas las drogas permiten una relación de estas características. Por ejemplo, la mayoría de los fumadores son dependientes del tabaco. Existen personas que sólo fuman de vez en cuando, o que no superan los 2 ó 3 cigarrillos, pero son una clara minoría.

📍 ABUSO DE DROGAS:

- Consumo con cierta frecuencia y en dosis importantes
- Puede ser aceptado por grupos minoritarios en una sociedad. Entran en esta categoría por ejemplo los bebedores excesivos de alcohol que consumen en reuniones o durante los fines de semana.

El ABUSO es aquella forma de relación con las drogas en la que, BIEN POR SU CANTIDAD, POR SU FRECUENCIA Y/O POR LA PROPIA SITUACIÓN FÍSICA, PSÍQUICA Y SOCIAL DEL SUJETO, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

Ejemplos...

El consumo de diez cigarrillos podría ser considerado no excesivo. Sin embargo, cuando esta cantidad se consume con una frecuencia diaria, puede favorecer alteraciones respiratorias.

Por el contrario, alguien podría consumir cocaína en una sola ocasión, pero hacerlo en tal cantidad que desencadenara algún tipo de accidente cerebral.

Puede que una mujer sea moderada en sus consumos habituales de alcohol y tabaco, pero si los mantiene durante el embarazo estará incurriendo en abuso.

Más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o de abuso.

- Consumos que se caracterizan cuando las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad, que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo.
- Puede haber dependencia o adicciones a sustancias y a actividades.

La DEPENDENCIA o ADICCIÓN es aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una droga frente a otras conductas consideradas antes como más importantes.

Para poder complejizar nuestro estudio sobre los consumos problemáticos, tenemos que pensar qué entendemos por droga o drogas...

¿Qué son las drogas?



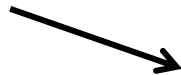
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia**, ya sea psicológica, física o ambas.



A su vez, la OMS también señala que, las sustancias psicoactivas (drogas), son **sustancias que al ser tomadas, inhaladas, inyectadas al cuerpo pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de una persona.**

Dentro de estas definiciones se encuentran sustancias muy diferentes, sean legales (alcohol, tabaco, fármacos hipno-sedantes...) o estén consideradas ilegales como la marihuana, la cocaína, las anfetaminas y la heroína.

Ahora que pensamos sobre qué son las drogas, podemos pensar...



¿Cómo se las conoce? Su Clasificación

1. El criterio por el que opta la OMS para su clasificación, plantea un agrupamiento según sus efectos sobre el sistema nervioso central.

De acuerdo con este criterio, las drogas pueden ser:

- ⇒ **Depresoras (alcohol, barbitúricos, tranquilizantes y el opio y sus derivados como la morfina, heroína metadona);**
- ⇒ **Estimulantes (cocaína, anfetaminas dentro de estas la que conocemos con el nombre de éxtasis)**
- ⇒ **Alucinógenas/ Psicodélicas (son muchas: marihuana, inhalantes, LSD)**

2. Otro criterio para clasificarlas es:

⇒ la peligrosidad, es decir cuánto pueden o no atender contra la vida de un individuo.

Esto no siempre coincide con la ilegalidad, ya que, si tomamos como ejemplo el alcohol o el tabaco, nos encontramos con dos tipos de sustancias que causan altos índices de mortalidad o discapacidad cuando se abusa en su consumo.

3. Otro criterio es por su origen: naturales (algunas plantas) artificiales o de laboratorio.

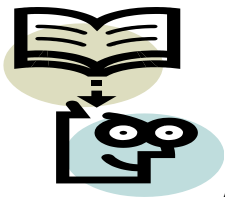
4. Otro criterio es según la ley: Las dividimos en legales e ilegales.

- *Legales* son las que el Estado regula su producción y venta mediante leyes. Es el típico caso del alcohol que no puede ser comercializado a menores de edad o luego de las 21 hs.
- *Ilegales* son la que se encuentra prohibida su producción y venta, esto se realiza de manera clandestina y constituye un delito, el ejemplo del paco es uno entre otros.

CUADRO DE SUSTANCIAS

Nombre	Otros nombres	Aspecto	Forma de administración o consumo
ALCOHOL	birra, tubo, licor, drink	Líquidos de varios colores, sabores y texturas	Se bebe
ALUCINÓGENOS	Ácido o LSD. Trip, cartón, Lucy.	pastillas en un trozo de papel secante con el ácido	Se tragan
CANNABIS	Marihuana o hachís. María o Chocolate. Porros, canutos, chalas, charuto, faso	Bolas o planchas, como barro prensado de color marrón oscuro. Hojas secas.	Se fuma mezclado con tabaco o puro en forma de cigarrillos
COCAÍNA	Coca, merca, polvo, frula, roca, merluza, bolsa, chifle	Polvo blanco cristalino parecido a la sal	Se puede aspirar, inyectar diluida o fumar mezclada con tabaco
DROGAS DE SÍNTESIS O DE LABORATORIO	Éxtasis, pastas, pirulas, happy, cristal	Pastillas de distintas formas, tamaños y colores	Se tragan
INHALANTES	Pegamentos, poxiran, bolsa	Sustancias químicas de distintas aplicaciones industriales	Se inhalan

OPIÁCEOS	Heroína, caballo. Pico	Polvo de color blanco como la harina o marrón oscuro como el azúcar moreno.	Se inyecta, se fuma o se inhala
PSICOFARMACOS ESTIMULANTES	Anfetaminas. Pastas, speed, anfeta.	Cápsulas, comprimidos o ampollas inyectables	Se tragan o se inyectan
PSICOFARMACOS DEPRESORES	Barbitúricos, tranquilizantes, hipnóticos. Pastas	Cápsulas, comprimidos o ampollas inyectables	Se tragan o se inyectan
TABACO	Cigarrillo, cigarro	hojas secas en forma de hebras de color marrón	Se fuma



ACTIVIDAD

Después de haber leído este material, tené en cuanto el área donde transitás tu vida cotidiana y respondés

- 1- ¿A qué sustancias llamarías “droga”?
- 2- ¿Cuáles crees que son las sustancias más peligrosas para la salud?
- 3- ¿Tiene conocimiento de que circulan drogas en la zona donde vive?
- 4- ¿Cuál es su opinión sobre la legalización del consumo de marihuana?

La mirada social sobre las drogas...

Para seguir reflexionando sobre el tema de los consumos problemáticos debemos tener en cuenta que existen por lo general dos lógicas para concebir al consumidor/usuario de drogas en nuestra sociedad,

- ⇒ desde la lógica sanitaria que busca “curarlo” y
- ⇒ desde la lógica punitiva que busca “controlarlo”.

Las dos lógicas descansan en la premisa de **“conducta desviada”**, o falta de aceptación de las normas sociales.

El consumismo en la sociedad actual

Es importante resaltar que en nuestra sociedad los y las jóvenes han sido criados en el consumo. Esto ha llevado a que se instale y circule la idea que al consumir/comprar/alcanzar ciertos objetos ayuda a la felicidad y plenitud.

El consumismo es cuando existe una acumulación por la compra de objetos o servicios que no son considerados esenciales.

En términos del pensador polaco Zygmunt Bauman, nos encontramos en una sociedad de consumidor@s. L@s consumidor@s se educan para:

- Sentir que necesitan objetos o servicios que el mercado produce sin darse cuenta de esto
- Estar pendientes de las modas presentadas por los medios de comunicación en forma de publicidad.

Ejemplos de esto pueden ser...



En este sentido, resulta importante indagar en los diferentes consumos que realizan especialmente los y las jóvenes, teniendo en cuenta que la búsqueda y la construcción de la identidad juvenil está íntimamente relacionada con el ámbito recreativo y con el consumo de diferentes aspectos como por ejemplo el baile, la música, la indumentaria, los escenarios sofisticados, así como también las drogas.

Si se piensa que el consumo de drogas es un “problema”, la respuesta más frecuente frente a él viene del DISCIPLINAMIENTO SOCIAL. Esto es posible en cuanto se repiten...

ESTEREOTIPOS SOCIALES ➡ Son creencias referidas a grupos sociales, que son compartidas por los miembros de una cultura. Por ellas, se otorga un conjunto de características a un determinado grupo social.

Ejemplo: ideas en general sobre consumidor@s de drogas.

Cuando los estereotipos están ligados a IDEAS NEGATIVAS SOBRE DETERMINADOS GRUPOS SOCIALES estamos en presencia de un PREJUICIO.

Ejemplo: ideas negativas sobre consumidor@s de drogas. l@s consumidor@s son....

La ESTIGMATIZACIÓN → Se produce cuando esas ideas negativas (prejuicios) quedan “pegadas” a cómo se piensa socialmente a un grupo. Es decir, cuando se un grupo se empieza a reconocer con esas ideas negativas e influyen en su identidad. Parecen estables, difíciles de sobrellevar.

Ejemplo: “Yo que soy adict@ ...tal cosa”

Cuando la estigmatización y el prejuicio implican concretar, LLEVAR ADELANTE ACCIONES DE RECHAZO HACIA GRUPOS SOCIALES ESPECÍFICOS, hablamos de **DISCRIMINACIÓN**.

Ejemplo: “no prestar una buena escucha profesional a una persona consumidora de alguna droga en base a prejuicios”.

Estereotipos en relación al consumo de drogas³

Todos estos conceptos son necesarios al analizar la reacción social frente al consumo de drogas. Una serie de “lugares comunes” en los discursos sobre las drogas muestran los estereotipos ligados al consumo. Analizaremos a continuación algunos de dichos estereotipos:

Ø Cuando se habla de “la droga” como causa de muchos de los males sociales se está pensando a una sustancia, es decir, a una “cosa” como protagonista de un proceso. Pareciera que se le está dando atributos humanos. Se desconoce la complejidad de la situación.

Ø Hablar de la droga en singular lleva a no tener en cuenta las diferencias entre los tipos de sustancias y sus efectos, así como a ocultar la importancia del consumo de las drogas cuyo uso está legalizado, especialmente el alcohol.

Ø Cuando se habla del “flagelo” de la droga se establece una relación entre por un lado el castigo divino, la droga como castigo por una sociedad pecadora, y por otro se habilita una respuesta igualmente agresiva: al flagelo hay que “combatirlo” con medidas drásticas que depuren a la sociedad de este “mal”.

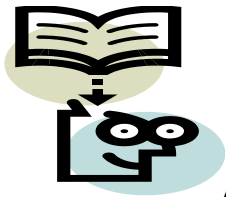
Ø Cuando se asocia el consumo de drogas a los jóvenes se olvida que el consumo de sustancias se produce en todos los grupos poblacionales ej. adultos y adultos mayores.

Ø Cuando se habla de la “escalada o carrera del consumo de drogas” (ej. se empieza a consumir marihuana y se sigue por drogas pesadas) se piensa que es un aspecto lineal. El camino posible es solo uno. Así, se desconoce la persona que puede consumir una sustancia y su contexto.

Ø Cuando se habla del vínculo causal entre consumo de drogas y criminalidad como si las drogas llevaran a cometer actos delictivos se establece una relación superficial. No hay nada que pruebe que un acto criminal no hubiera tenido lugar si el individuo no hubiera estado bajo el efecto de una droga. Por otra parte, si las drogas fueran “criminógenas”, ¿cómo explicar que la mayoría de los usuarios de drogas tanto ilícitas como lícitas no cometen crímenes o actos violentos?

³Ministerio de Educación de la nación (2010) Prevención del consumo problemático de drogas:MODULO 1: *La construcción social de la problemática de las drogas*

Estos y otros estereotipos vinculados al consumo de drogas pueden dar lugar a la discriminación de l@s usuari@s, es decir, a su descalificación como sujetos de derechos.



ACTIVIDAD

Luego de leer sobre la temática, observá las siguientes frases...⁴

"ES UN PIBE CHORRO"
"VIVE DADO VUELTA,
CUIDATE QUE TE PUEDE HACER ALGO"

"Y... HACEN COSAS
QUE NO CORRESPONDEN"
"YA SE SABE..."
"LA MANZANA PODRIDA..."
"YA NO HAY VALORES"
"ESTO ES UN DESASTRE: AHORA HASTA
LAS CHICAS SE DROGAN"

"LO QUE PASA ES QUE ES UN ADICTO"
"ES UN DROGÓN"
"POBRE... ES UN ENFERMO"
"LA DROGA LE ESTÁ
LIMANDO LA CABEZA"

Nos preguntamos...

- ¿Cómo estas frases pueden relacionarse con las representaciones sociales sobre los consumos problemáticos y l@s consumidor@s de sustancias?
- ¿Qué efectos podrían tener sobre la salud de las personas consumidoras de drogas?

- Organización del Sistema de Salud: la estrategia de A.P.S, su historización y renovación. niveles de atención y tipos de cobertura en salud. Barreras de accesibilidad.**

Breve Historia del Sistema de Salud en Argentina

La organización del Sistema de Salud de nuestro país es compleja, un brevísimo repaso de su historia ilustrará cómo se desarrollaron sus principales sectores.

A las **medicinas tradicionales** que existían en nuestro territorio antes de la conquista del español, se le superpuso la **medicina occidental**, traída por los españoles y representada tanto por los cirujanos que acompañaban las operaciones militares como por todos los que ejercían sus artes curativas en los asentamientos coloniales.

- Desde 1611, la ciudad puerto tenía un pequeño hospital, limitado primero a la atención de los militares del presidio;
- Una cédula real de 1745 lo convirtió en Hospital General de Hombres a cargo de los padres betlehemitas y sostenido en parte por la caridad pública.
- En 1780, el virrey Vertiz instala en Buenos Aires el **tribunal del Protomedicato**, cuyas funciones y facultades permitieron considerarlo el primer organismo de salud pública de nuestras tierras.

⁴Imágenes: Fuente - SEDRONAR (S/F) "Entre todos podemos prevenir"

A comienzos del **siglo XIX** se inicia, sobre todo en Buenos Aires, la etapa de la **fundación hospitalaria**, proceso en el cual, las colectividades extranjeras cumplieron un rol fundamental. En poco tiempo hubo una seguidilla fundacional de hospitales, dispensarios, asilos y pequeñas salas de atención en todo el territorio nacional, que tendieron a solucionar los problemas de salud de los grupos de bajos recursos.

Con la llegada masiva de inmigrantes surge **la medicina mutual** -un rasgo peculiar de la Argentina- a partir de la fundación de sociedades de socorros mutuos basadas en agrupamientos por colectividades étnicas. Así, el fin de siglo provocó el auge de las mutualidades tales como el Hospital Italiano, Español, Británico o Francés que conocemos ahora.

Estas organizaciones se basan en los siguientes principios:

- adhesión voluntaria,
- organización democrática,
- neutralidad ideológica,
- contribución pecuniaria en consonancia con los beneficios a recibir
- capitalización de los excedentes.

La transformación más importante del sistema sanitario se dio a partir de 1943, con la organización de los servicios de salud estatales.

La década del 40 es escenario de un doble nacimiento:

- ⊗ el del Estado “garante – responsable” del derecho a la salud,
- ⊗ y el de las organizaciones Sindicales estatales y paraestatales, que darán origen al sistema de obras sociales.

Es decir, la expansión de los derechos sociales en general, *la multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud*, aproximándose notablemente al modelo del Estado de Bienestar.

- ⊗ **En 1946** se crea la Secretaría de salud pública, designándose al Dr. Ramón Carrillo como secretario con rango de Ministro, a cargo de la sanidad y la asistencia médica de la población de menores recursos. Con la reforma constitucional de 1949, la Salud Pública adquiere el rango de Ministerio y se le reconoce **a todo habitante de la nación el derecho a la protección, conservación y restitución de la salud.**
- ⊗ Entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país. Esto llevó las camas públicas de 60 a más de 130.000, lo que significaba 7,4 camas por cada 1000 habitantes.
- ⊗ En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó.
- ⊗ **Durante los inicios del año 50** se erradicó el paludismo, que solo 4 años antes, afectaba a 300.000 argentinos.
- ⊗ **Durante el Primer Plan Quinquenal** de desarrollo (1947 – 1951) se sancionaron las leyes de SANIDAD PUBLICA (Nº 13.012) y de CONSTRUCCION, HABILITACION Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD (Nº13.019).

A través de las mismas se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente, y para ofrecer servicios a tarifas reducidas a otro 20% de la población en mejor posición económica.

El hospital de se convirtió en el eje de la atención y Carrillo pretendió una estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público, dejando el sector privado para los sectores más pudientes.

Con Carrillo se expresaba una fuerte voluntad de regulación de la atención de la salud por parte del Estado, como así también el propósito de mantener la accesibilidad a los sectores más desfavorecidos.

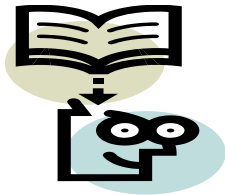
Esta es una de las razones principales de la creación de centros de salud y establecimiento para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación del recurso humano en salud pública.

- ☉ **En 1956** el país fue azotado por la epidemia de poliomielitis con alrededor de 6.500 casos notificados. La aplicación sucesiva de la vacuna Salk y Sabín redujo los casos en años posteriores.
- ☉ Se fortalecieron los programas de salud y se comenzaron a aplicar nuevos criterios de Atención Médica que preconizaba la OPS.
- ☉ **En 1957 se crea el IOMA** (Instituto de Obra Médico Asistencial), para los empleados de la provincia y municipios de Buenos Aires.
- ☉ **Entre 1959 y 1962** la provincia de Bs. As adopta como estrategia para ganar apoyo político poner en marcha un ambicioso plan de reorganización de su salud pública, basado en la *regionalización Sanitaria y la Reforma Hospitalaria*.
- ☉ Durante el ministerio de **Oñativia, gobierno de Illia**, se dictó un decreto de congelamiento del precio de los medicamentos y formular leyes que establecieron normas para reclasificar los medicamentos y determinar los precios de venta, tratando de eliminar los factores distorsivos que se daban en la etapa de producción y comercialización.
- ☉ **En 1966 Illia es derrocado por Onganía. En 1967 se sanciona una Ley (17189) orientada a la liberalización del sistema**, para lo cual los precios de los medicamentos serían fijados en su primera etapa de producción por los **fabricantes e importadores**.
- ☉ En 1971 el **dictado de la ley 18.610** que ordenó y consolidó el **régimen de obras sociales** de nuestro país, cierra el período voluntarista y señala la plenitud de la segunda etapa del desarrollo de la seguridad social: **la extensión, por imposición del Estado, de la obligatoriedad legal de la afiliación y la contribución monetaria a las obras sociales**.

- ☉ Después del golpe sanginario de 1976 se agudizó la descentralización de la atención de la salud y se debilitó claramente el protagonismo del estado. Desde entonces el Estado fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios.

La pérdida de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, consolidándose un modelo prestador de servicios altamente tecnologizado.

Con la llegada de la democracia en 1983, el gobierno de Alfonsín intentó recomponer el rol de Estado y avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de salud.



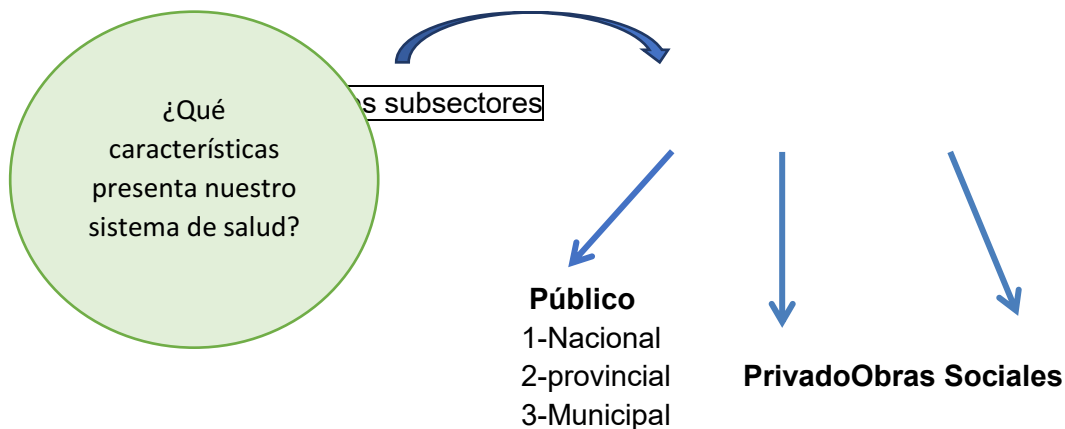
ACTIVIDAD

A partir de la lectura sobre la historia de nuestro sistema de salud te invitamos a que realices una línea histórica respetando las fechas e hechos sanitarios más importantes.....

Historia del sistema de salud argentino



Volviendo a nuestros días... El sistema de salud hoy



Nuestro sistema de salud

El Sistema de Salud Argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores:

- ✚ Público
- ✚ Privado
- ✚ De la seguridad social u Obras sociales

Esta fragmentación se expresa en:

- ✚ Distintas fuentes de financiamiento
- ✚ Diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados
- ✚ Regímenes y órganos de control y fiscalización

Pero, además continúa la fragmentación hacia adentro: *El subsector público*, fragmentado en niveles:

- ✚ Nacional
- ✚ Provincial
- ✚ Municipal

Ahora mencionaremos cuáles son las instituciones prestadoras de salud en cada uno de estos niveles.

A nivel Nacional, encontramos los lineamientos políticos, y los planes nacionales de atención de la salud: ej Plan nacer, Plan VIH. Que a su vez son aplicados en las provincias y municipios de acuerdo a sus realidades.

A nivel provincial nos encontramos con los Hospitales y las unidades de atención primaria como las instituciones encargadas de brindar atención sanitaria.

A partir de la descentralización fueron varios los hospitales provinciales que pasaron a depender de la órbita de los municipios, sumándose así, a sus unidades sanitarias en la red asistencial local y de acuerdo a ciertas características estos hospitales difieren en la modalidad de atención y grupo destinatarios de sus prácticas.

A nivel local las unidades de atención primaria (salitas). Las unidades de atención primaria están bajo la órbita de los **municipios** y son las instituciones que responden al primer nivel de atención, en ellas se fortalecen las prácticas de promoción y prevención de la salud, y se llevan adelante acciones para dar cumplimiento a los elementos enunciados en el marco estratégico de la Atención Primaria de la Salud.

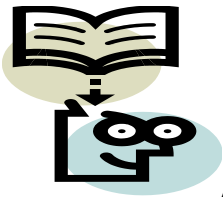
En estas unidades no se realizan prácticas de complejidad ya que su misión es la promoción, dentro de sus principales acciones se encuentra la implementación de los programas nacionales, provinciales y municipales que atienden a ciertos grupos de la población, básicamente la materno – infantil.

Sus profesionales responden a una formación con una mirada amplia de la salud y de sus cuidados, brindan las cuatro clínicas básicas (clínica general, pediatría, ginecología y obstetricia).

La cantidad de recursos humanos así como su constitución desde el punto de vista disciplinar queda supeditado a las políticas sanitarias que establece cada municipio, sin embargo, es rectoría que el equipo sea interdisciplinario, para de esta manera poder trabajar desde una mirada integral a los procesos de salud y enfermedad que padecen su grupo poblacional.

Las unidades sanitarias llevan adelante acciones destinadas a cubrir su área programática, es decir a la población que habita geográficamente más cerca de la sala.

El número de habitantes, es decir la población a cargo, variará también de acuerdo a lo pautado por las autoridades sanitarias.



ACTIVIDAD

Luego de releer el texto, registrá tus conocimientos sobre las salitas de la zona o de la que hayas sido usuari@, haciendo hincapié en:

¿Cómo estaba conformado el equipo de atención?

.....
.....

¿Qué programas tenían en funcionamiento?

.....
.....

¿Cómo eran sus horarios de atención, contaban con guardias?

.....
.....

¿Realizaban trabajo en la comunidad o con alguna institución del barrio?

.....
.....

...Y por último mencioná tres aspectos que permiten para vos una buena atención y tres aspectos que para vos perjudican la buena atención.

La Atención Primaria de la Salud

La OMS y el UNICEF en Alma-Ata definieron:

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”(OMS 1978)

Según diferentes concepciones, la APS puede interpretarse simplemente como:

- el nivel de atención o puerta de entrada al sistema, limitándola por consiguiente a una forma de organización técnico-administrativa; como un programa con objetivos específicos y estructura simplificada para la atención de grupos marginales y,
- como una estrategia para alcanzar la meta de salud para todos, por lo que debe satisfacer requisitos de impacto, equidad, eficacia social y articulación intersectorial.

La APS como estrategia, al introducirse en la estructura del sistema de salud, plantea desde la base de este sistema un cambio cualitativo que lo afecta en su totalidad, generando a la vez modificaciones en los diferentes niveles y promoviendo una mejor calidad en las prestaciones.

Por otra parte, en virtud de sus fundamentos y características de integración en la comunidad, el encontrar las respuestas adecuadas a las necesidades particulares de cada grupo social, aumentaría su eficacia elevando los niveles de salud de la población en su conjunto.

Concebida de esta manera, la APS sobrepasa los límites del sector, significa mucho más que reordenamiento y estructuración de los servicios, compromete una mayor participación del Estado, la integración de los servicios y de la comunidad.

Ahora destacamos los aspectos más importantes de la Atención Primaria de la Salud:

- ✘ La salud no es responsabilidad del sector sanitario solamente, sino que también influyen sobre ella las actividades de desarrollo de otros sectores como los de educación, vivienda y agricultura. De aquí que sea necesario integrar todas esas actividades.
- ✘ El desarrollo de la autorresponsabilidad y de la conciencia social mediante la participación de la comunidad es un factor clave para el mejoramiento de la salud.

- ✘ Para mejorar la atención de salud es esencial que la comunidad defina sus necesidades e indique los medios de satisfacerlas.
- ✘ Sólo mediante la descentralización se podrán atender las necesidades de la comunidad y solucionar sus problemas.
- ✘ Los recursos de la comunidad, financieros y humanos deben aportar una contribución importante a las actividades sanitarias y de desarrollo.

Teniendo en cuenta las actividades que comprende la APS, las mismas se pueden considerar de manera integrada en diversos programas:

- **Programas dirigidos a poblaciones especiales:** madre, niñ@s, trabajador@s, edad avanzada.
- **Programa para la salud general:** alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
- **Programas para la prevención, protección y control de enfermedades, etc.**

Para alcanzar salud para todos a través de la atención primaria y desarrollar los programas propuestos es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de tal forma que funcionen **por niveles ascendentes de complejidad**;

***DESDE el primero, que son los puestos y centros de salud HASTA los más altos:
hospitales especializados.***

El cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de servicios básicos de salud con participación comunitaria partiendo del propio núcleo familiar.

Por lo tanto la capacidad de respuesta de los recursos que componen la red de servicios debe incluir el conjunto de programas y actividades que se definen para la solución de problemas de salud prioritarios de la comunidad, de esta manera se da respuesta a las necesidades de salud de los colectivos humanos vulnerables y se reorganizan los recursos hacia los principales problemas de salud de cada territorio.

De esta manera los Municipios aparecen



Como la unidad central de definición y ejecución de políticas de desarrollo social, en donde se logra una mayor participación de la población en la definición de las necesidades y en la ejecución y control de las actividades (Paganini, 1992 pág. 50).

Por lo tanto, la estrategia de desarrollo de la salud a nivel municipal puede verse como una continuidad de la estrategia de APS, con el objetivo de lograr mayor equidad en el acceso a la salud, eficiencia en la utilización de los recursos y una plena participación social.

● **Particularidades del sistema de salud en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias. Paradigmas socio-sanitarios.**

Red de Atención en Adicciones y Salud Mental (Ministerio de Salud 2017)

La Red Pública y Gratuita de atención de las Adicciones y la Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires, atiende a personas afectadas por el consumo problemático de sustancias, o que necesitan atención o asesoramiento en el ámbito de la salud mental.

Abordando de manera integral la problemática, se trabaja desde una perspectiva que pretende desarrollar estrategias de intervención acorde a la situación social, favoreciendo la articulación necesaria con los distintos agentes sociales referentes en la temática.

Por esta razón, no sólo brindamos atención y tratamiento, sino que también, contamos con áreas que fortalecen las acciones preventivas y de promoción de las personas vinculada a la construcción de su proyecto de vida.

Los **Centro Provinciales de Atención (CPA)** son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación.

Cuentan con equipos técnicos de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios, capacitados en atención de personas afectadas por el consumo problemático de sustancias, o que necesitan atención o asesoramiento en el ámbito de la Salud Mental.

Con presencia en cada uno de los municipios de la provincia, los CPA trabajan articuladamente con diversos actores en el ámbito comunitario a fin de brindar respuestas integrales a las demandas específicas de las personas en su entorno social.



ACTIVIDAD

- 1- ¿En tu barrio los vecinos cuentan con un CPA?
- 2- Según tu opinión: ¿los vecinos saben para que está el CPA, que servicios cumple?
- 3- Si conocés la tarea que realizan: ¿le aconsejaste a alguna persona a acercarse?
- 4- ¿Cómo conociste al CPA y su equipo, a través de quién?

Escribi tus comentarios



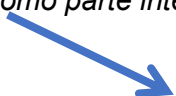
Paradigmas socio-sanitarios en consumos problemáticos

Existen diferentes modelos de atención de los usuarios de drogas, lo que configura diferentes respuestas sociosanitarias frente a esta problemática que se fueron dando en el país. A continuación, te presentamos las principales...

Modelo Abstencionista	Modelo de Reducción de Riesgos y Daños
<p>Contexto: década de los 80</p> <p>Postula la abstinencia total de sustancias</p> <p>Trabaja con la situación de adicción para su desintoxicación (predominancia del saber médico en ese momento)</p> <p>Se centra en el consumo</p> <p>Se concretará como paradigma por medio de instituciones ej. Algunas Comunidades Terapéuticas</p> <p>Miradas extremas: demonización de la sustancia</p>	<p>Contexto: A partir del 95-2000</p> <p>Parte de que no todo consumo es problemático</p> <p>Trabaja con usuari@s de drogas (foco no en el consumo sino en los riesgos secundarios del mismo)</p> <p>No apología del consumo de drogas - SI disminuir la vulnerabilidad que la situación ya conlleva</p> <p>Objetivo: disminuir las consecuencias negativas del uso de drogas</p> <p>Evita costos sociales e individuales que acompañan la penalización de drogas Ej. Programas de cambio de jeringas, sustitución de opiáceos</p>
<p>Se suele llevar adelante en COMUNIDADES TERAPÉUTICAS...</p> <p>Ambientes residenciales libres de droga</p> <p>Importancia de la disciplina</p> <p>Relaciones Sociales Jerárquicas</p> <p>Abordaje individual y grupal</p> <p>Importancia de los compañeros - fundamental</p>	<p>Se suele llevar adelante por DISPOSITIVOS ESTATALES TERRITORIALES...</p> <p>El principal objetivo es contactar a los servicios de salud con l@s usuari@s (instituciones para el tratamiento, desintoxicación – ser puente con otros servicios – repartir jeringas, material desinfectante, preservativos)</p> <p>Limitar la transmisión intravenosa (VIH y Hepatitis B)</p> <p>Reducir el consumo de drogas</p>

para ayudar a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces	Evitar el consumo de sustancias “rebajadas” que son altamente perjudiciales para el organismo
Rutinas para manejarse en lo cotidiano	Mejorar la situación laboral, familiar y social del usuario
Contención	Disminuir las conductas asociales (relación con la criminalización del consumo)
Vivencias relacionales diferentes a las que accedieron en sus contextos y con el objeto droga	
Curación en contraposición a las “recaídas”	

En la actualidad, en nuestro país, la activa participación de organismos de Derechos Humanos, asociaciones de profesionales y técnicos, y ONG’s sociales y comunitarias que incluyeron a los usuarios y sus familias; así como la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) y su reglamentación en el año 2013, **en su artículo 4**, se instituye que: *“las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”*.



Y se reconoce a **—ás personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales” como sujetos de derecho, en su relación con los servicios de salud”**. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2011). Además, se plantea que,

“el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca”.

Asimismo, dada la experiencia internacional al respecto, los acuerdos impulsados y aceptados por nuestro país en Naciones Unidas y las dificultades que presentan los sujetos con padecimiento vinculado al consumo de sustancias, desde las políticas públicas y asistencia se deben adoptar criterios y prácticas inscriptas en el llamado **modelo de reducción de riesgos y daños**.

La reducción del daño ha permitido superar la posición moralista y por medio de esto ha favorecido plantear la necesidad de una política basada en los derechos e iniciar el tránsito de una posición de juicio y estigmatización hacia una perspectiva de inclusión.

Desde nuestro punto de vista, la reducción de daños, es una estrategia que aspira a minimizar las secuelas del consumo de drogas sin exigir la abstinencia, hace parte de un dispositivo terapéutico más amplio cuyo objetivo final es la inclusión social.

Con respecto a la reducción de daño el Dr. Efreem Milanese, asesor internacional de Deutscher Caritas Verband, la entiende como:

Un conjunto de estrategias e intervenciones integrales con enfoque de derechos humanos, dirigidas a la disminución de riesgos y consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas para mejorar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, de acuerdo a su realidad y necesidades.

La reducción de daños en el abordaje de uso de sustancias psicoactivas está basada en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos. De ahí que, además de entenderla como un conjunto de estrategias prácticas e ideas dirigidas a reducir las consecuencias asociadas con el uso de drogas, es también un movimiento de justicia social basado en la creencia y respeto por los derechos de las personas que consumen drogas.

La reducción de daños acepta y respeta que personas consumidoras de sustancias psicoactivas no pueden o no quieren dejar de consumir en determinados momentos. Reconoce que, a pesar de comportar riesgos, el uso de drogas también provee a la persona de beneficios que deben tenerse en cuenta si se pretende entender las dinámicas de consumo. Por todo ello, no impone la abstinencia como condición o reflejo del éxito de sus políticas e intervenciones, aun cuando durante el proceso pueda estar contemplada como una de las metas posibles.

Algunos principios de la reducción de daños⁵

- **Centrarse en los riesgos y daños específicos**

Reducción de daños no intenta minimizar o ignorar el real y trágico daño y peligro asociado con el consumo de sustancias psicoactivas¹⁵, sino que lo identifica, para así poder abordar sus causas específicas. En este sentido, según el IHRA (International Harm Reduction Association), se debe establecer:

- Cuáles son los riesgos y daños particulares.
- Qué causa estos riesgos y daños.
- Qué se puede hacer para reducir estos riesgos y daños.

- **Reconoce más allá del consumo**

Aborda el uso problemático de sustancias desde un enfoque de salud de la población que:

- Reconoce que las realidades de pobreza, clase, racismo, aislamiento social, traumas pasados, discriminación sexual, por género y otras desigualdades afectan la vulnerabilidad y capacidad de las personas para manejar efectivamente daños relacionados a drogas.
- Considera y aborda el riesgo potencial e influencia protectora de estatus socio-económico, cultura, género, vivienda, educación, geografía, familia, Ley y políticas, así como otros factores.

⁵Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica (2017)

- Entiende además que el uso problemático de sustancias muchas veces ocurre simultáneamente con otras condiciones tales como enfermedad mental.

Promoción de La Salud en el campo de la salud Pública.

El término “promoción de la salud se utilizó por primera vez en 1945, cuando el historiador médico Henry Sigerist, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como:

- La promoción de la salud
- La prevención de las enfermedades
- El restablecimiento de los enfermos
- La rehabilitación.

Este profesional afirmaba que la salud se promueve proporcionando:

- condiciones de vida decentes,
- buenas condiciones de trabajo, cultura física y
- formas de esparcimiento y descanso.

Para el logro de esto solicitaba el esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laborales e industriales, los educadores y los médicos. Esta misma petición se repitió cuarenta años después, **en la Carta de Ottawa, para la Promoción de la Salud**.

En la segunda mitad de la década de los 70 diversos documentos presentaron un análisis de la situación de salud a nivel mundial, e influenciaron el pensamiento y la práctica de la salud Pública, el informe La Londe y Alma -Ata, fueron los más importantes.

La Carta de Ottawa para la promoción de la salud supone la síntesis de los enfoques orientados tanto hacia las causas generales como las particulares de la promoción de la salud.

La Carta exige una participación activa de la población en un proceso que proporcione información, y educación sanitaria. Es decir, que dicha carta *define ampliamente la promoción de la salud*.

En síntesis, la promoción de la salud tiene como fin mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y la justicia. Exige un concepto integral de salud a partir de los determinantes sociales y privilegia la toma de poder y la participación social como una estrategia prioritaria. Ottawa Charter for Health Promotion. (1986)

Modelos de promoción de la Salud⁶:

La promoción de la salud se enmarca en tres modelos básicos (Kornblit y Mendes Diz, 2004):

⁶Ministerio de Educación de la Nación (2010): Módulo n° 5 de Prevención del uso problemático de Drogas en el marco del ESI.

- el *informativo*, en el que se brindan datos;
- el de *empoderamiento*, que estimula en las personas las capacidades para actuar sobre las circunstancias permitiéndoles identificar las posibles elecciones que pueden llevar adelante, y por último,
- el *comunitario*, que concibe la salud en base a los cambios comunitarios alcanzados a partir de la acción colectiva.

Frente a estas modalidades es fundamental tener en cuenta que para que las actividades de promoción y prevención sean exitosas, es importante trabajar con los tres modelos a la vez. Está comprobado que con el modelo informativo sólo no alcanza para que la gente adopte medidas de cuidado.

Es indispensable para la modificación de las prácticas, las actitudes y las creencias, que los sujetos participen en el proceso de aprendizaje.

Prevención: definición y niveles.

La prevención es: ***“La capacidad que posee todo ser humano y su grupo social para anticiparse con diferentes estrategias, respondiendo cada una de ellas a los distintos niveles, a situaciones que pueden provocar diversos daños. De esta manera se posibilita la apropiación y / o fortalecimiento de conocimientos, actitudes, habilidades y valores que ayudarán a impedir o minimizar el daño.”(Gavilán 1996)***

Niveles:

- ⇒ **La prevención primaria** está destinada a disminuir la incidencia de la enfermedad, o sea la aparición de nuevos casos en un determinado período, aquí es importante la detección de aquellos determinantes o factores que inciden en la aparición de la enfermedad.
- ⇒ **La prevención secundaria** está destinada al grupo poblacional que a pesar de las acciones anteriores padecerá de todos modos la enfermedad. Está dirigida a disminuir la prevalencia, es decir la duración de los casos declarados. Se utiliza el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. En este nivel se trata de evitar la cronicidad de la enfermedad.
- ⇒ **El tercer nivel de prevención** apunta a reducir en la comunidad y el individuo las posibles discapacidades por secuelas, se trata de recuperar las capacidades afectadas por la enfermedad y la posibilidad de reinserción.

Estrategias y praxis preventivas (Gavilan 1996):

Las estrategias se manifiestan como el conjunto de prácticas dirigidas a alcanzar el objetivo, en este caso, de cada nivel de prevención sobre el que se esté trabajando.

En las praxis preventivas se tienen en cuenta dos grandes modalidades

- ⇒ Prevención específica: apunta a la prevención a partir del síntoma. Muestran las consecuencias directas e indirectas que influyen en la salud del sujeto a partir de la problemática. Incluyen diversos niveles informativos y apuntan al temor.
- ⇒ Prevención múltiple inespecífica: Está orientada a modificar aspectos que hacen al estilo de vida de los individuos y/o grupos. Apuntan a trabajar aspectos que subyacen a la multicausalidad, a modificar hábitos y actitudes tendientes al logro de una mejor calidad de vida.

Las dos modalidades presentadas son necesarias en prevención pero se debe tener en cuenta que el peso de cada una de ellas varía según el contexto de aplicación (escuela, hospital, comunidad, etc).



ACTIVIDAD GRUPAL

Pensando el consumo problemático discutí en grupo cuáles serían acciones de prevención que se podrían llevar a cabo, teniendo en cuenta los tres niveles (antes de que comience el consumo, durante el proceso de consumo y ya en un proceso de recuperación).

Prevención comunitaria

La prevención comunitaria de los consumos problemáticos es un trabajo participativo e inclusivo, donde todas las opiniones son tenidas en cuenta al momento de identificar las necesidades de una comunidad e intentar solucionarlos. Se debe dejar de pensar a la comunidad como simple beneficiaria o como receptora pasiva de la asistencia, ya sea del Estado o de otras instituciones. En cambio, podemos pensar que cada persona en la comunidad es un sujeto poseedor de derechos como por ejemplo el derecho a la salud, a la educación, al trabajo, entre otros y que, al poseerlos plenamente, puede hacer ejercicio o uso de ellos de manera voluntaria y activa. Estamos hablando, por lo tanto, de personas con la capacidad de pensar, opinar, reclamar y transformar la realidad.

Cómo podemos pensar y actuar desde la prevención comunitaria.

La prevención como vimos es una actividad que no puede hacerse solo/a y que cuanto más personas participen de ideas y propuestas preventivas mayor impacto tendrá la intervención. Como en toda comunidad en tu barrio vas a poder identificar distintos grupos, y estos tienen historias, ideas y ganas de opinar y participar de acciones preventivas que no solo pueden pensarse para la problemática del consumo sino para todo aquello que impacte de manera positiva en la comunidad.

- **Vulnerabilidad y consumo: Adolescencia, juventud y género como grupos vulnerables/vulnerados**

Modelo de atención basado en la Atención primaria de la salud: abordaje individual y familiar.

Abordar desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud, el consumo problemático de sustancias, nos lleva en primer lugar el reconocimiento de aquellos grupos **vulnerables** que se encuentran con mayor probabilidad de buscar en las sustancias las respuestas que el contexto social no les brindó.

Que significa ser vulnerable

La palabra vulnerable se utiliza como adjetivo para referirse a una persona o cosa que puede ser dañado o recibir lesiones, ya sea físicas o psíquicas.

Un individuo vulnerable es aquel que presenta condiciones sociales, culturales, políticas, económicas, educacional, diferentes de otras personas.

Una persona puede convertirse en un ser vulnerable debido a ciertas circunstancias que este atravesando en su vida, produciéndole una crisis emocional, como puede ser la muerte de un ser querido.

Estas definiciones debemos tenerlas en cuenta a la hora de comenzar a trabajar con los grupos y no caer en una interpretación que le quite complejidad a la problemática.