



Licencia Creative Commons Atribución – NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Dispositivo de orientación de consumos problemáticos en un hospital general: redes de abordaje (2007-2020)

Gabriela Santa Cruz¹. E-mail: gabrielin44@hotmail.com

Eje temático 1: Abordajes comunitarios: estrategias en la construcción de redes. Experiencias de articulación intersectorial/interinstitucional. Avances, obstáculos y singularidad del territorio.

Resumen

La propuesta es dar cuenta del surgimiento y trayectoria de un dispositivo de orientación de adicciones dependiente de la Subsecretaría, que en el año 2007 se instaló en la guardia de un Hospital General.

En sus inicios el objetivo fue cumplir con una de las metas de gestión (2003-2007) que implicaba incrementar la cobertura asistencial, articulando con estructuras de la administración pública ya existentes; favoreciendo además la visibilidad de la Red.

A partir de estas premisas entendimos que abrir un espacio de adicciones dentro del contexto de Emergencias de un Hospital General, abocado a la recepción de pacientes con consumo, beneficiaría a *“la población de consumidores de drogas y alcohol, altamente resistente a demandar asistencia especializada”*(Planificación de Gestión 2003-2007).

Cabe remarcar que la Ley Nacional de Salud Mental no había sido sancionada y los usuarios parecían carecer de derechos a una cobertura sanitaria.

Desde el año 2007 hasta el presente, diferentes fueron las estrategias de abordaje siendo el eje de trabajo la interdisciplina y el enlace con organizaciones e instituciones ocupadas en el tema. El armado y consolidación de la red fue lo que hizo posible la continuidad del dispositivo y la ampliación de espacios de abordaje. El quehacer cotidiano no hubiese sido posible sin la participación y la colaboración activa de diferentes sectores, pues hubiera quedado reducido a un trabajo monodisciplinar en el que nuestro proyecto quizás, hubiera naufragado.

Palabras clave: EMERGENCIA – REDES – ORIENTACIÓN

¹ Unidad Residencial de Consumos Problemáticos de San Martín

Introducción

El objetivo del presente trabajo es dar cuenta del surgimiento y trayectoria de un dispositivo de orientación de adicciones dependiente de la Subsecretaría, que en el año 2007 se instaló en la guardia de un Hospital General. Compartir lo vivido desde sus inicios, de cómo se fue plasmando hasta alcanzar el armado de una red interdisciplinaria e intersectorial.

Primeros pasos

En el año 2003 el Centro Provincial de Adicciones (CPA) de San Martín estableció un consultorio en el Servicio de Infectología destinado a pacientes con diagnóstico de HIV comprometidos con algún tipo de consumo. Esa inclusión resultó un avance tanto por la oferta de tratamiento, como por la posibilidad de contar con un espacio dentro del ámbito hospitalario. Si bien junto al equipo del CPA evaluamos que se trataba de un buen comienzo, la asistencia estaba dirigida a una población sesgada. El mayor porcentaje de las prestaciones eran para usuarios de ese servicio, excluyendo una amplia franja poblacional que asistía al hospital, que podía padecer problemáticas asociadas al consumo.

El trabajo con la Región permitió concluir que un gran caudal de pacientes tanto de la Guardia, como del resto de los servicios, no accedían a la consulta. Y lo que era aún peor, que aquellos que habían acudido al hospital luego de una crisis (por intoxicación y/o abstinencia), no habían sido derivados/informados para acceder a algún tipo de tratamiento.

Por otra parte, durante los años 2004 y 2005 la Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA), había organizado una “*Sonda Rápida de Emergencia Hospitalaria*” de 24hs durante 7 días en las Guardias de los Hospitales Provinciales. El objetivo era estimar el porcentaje de consultas relacionadas con el consumo. Ese fue un momento privilegiado para extender y dar visibilidad a nuestra red, dado que en ambos testeos, el personal de la guardia nos alertó sobre el recurrente ingreso de pacientes con cuadros de exceso de alcohol y/o sustancias y las dificultades de su abordaje, recalcando la falta de dispositivos y de personal especializado en el tema.

Por su parte, las estadísticas del CPA local advertían sobre un creciente número de usuarios que habían acudido una o más veces por sobredosis a algún Departamento de Urgencias, sin haber recibido ningún tipo de orientación.

Construcción del dispositivo en guardia. Primeras metas de trabajo

Fue a partir de este panorama que decidimos sumar a la Unidad de Emergencias del hospital un dispositivo receptor para una problemática que permanecía oculta; que diera respuesta a pacientes y

a familiares, propiciando un espacio de posible acercamiento; desde una perspectiva territorial que implicara poner el cuerpo. Extender los alcances del CPA para establecer redes de trabajo interdisciplinario e instalar un sistema de referencia y contrareferencia con esa institución.

De esta manera todo cuadro de consumo problemático tratado en la Sala de Guardia, una vez estabilizado, podía constituirse en la puerta de ingreso a un tratamiento. Atender la urgencia no debía limitarse a la desintoxicación y/o supresión sintomática, podía brindar un lugar preponderante a la urgencia subjetiva en un espacio de escucha y contención. Pensamos que si la crisis era adecuadamente recibida, podía constituirse en una **oportunidad** para dar continuidad de atención dentro del sistema sanitario.

Modalidad de trabajo

En noviembre del año 2007 el Dispositivo de Adicciones llegó a la Guardia del HIGA “Eva Perón” de San Martín que ya contaba con Guardia de Salud Mental. Nos incluimos 2 psicólogas el día de mayor demanda, y el resto de la semana hacíamos el seguimiento de los casos. El objetivo era que los consultantes encontrarán un espacio de escucha abierta, de alojamiento en los momentos de crisis. Se recibía al paciente y familiares, en tanto una primera intervención contenedora del entorno, permitiría brindar herramientas de abordaje.

Otra meta de más largo alcance fue favorecer la labor interdisciplinaria para un padecimiento en general, resistido por los servicios médicos. Vale recordar que recién en 2010 la Ley 26657 Nacional de Salud Mental, incorpora a las adicciones al campo de la salud mental estableciendo la lógica interdisciplinaria.

La red se fue ampliando e incluyendo a otros dispositivos NA, AA, Centros de Atención Primaria(CAPS), Instituciones Educativas y Religiosas, ONGs., Patronato de Liberados, Secretaría de Salud Municipal, entre otros.

La labor cotidiana nos guió a consolidar redes, formas que fuimos encontrando *“como instrumentos indispensables para luchar contra la fragmentación y desarticulación del sistema de salud. La Red fue en ese momento una manera de representarnos, una forma de funcionar; que al estar constituidas por personas, permitió unirnos a partir de relaciones y maneras de comprender lo que pasaba”*².

Desde el comienzo trabajamos en contacto con la red provincial de CPAs, evaluando opciones terapéuticas y trabajando sobre aquellos pacientes que se atendían en algún servicio hospitalario. La idea era acompañar para asegurar el cuidado en la asistencia (paciente referenciado).

² Curso sobre enfermedades Vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. Buenos Aires; Ministerio de Salud; 2010. 47 p. ilus, tab

Con el Servicio de Salud Mental compartimos ateneos sobre los casos más complejos y nos integramos al Equipo de interconsulta de pacientes internados en salas de diferentes especialidades médicas y que presentaban consumos problemáticos. La articulación con el servicio de Trabajo Social fue fluida y de gran riqueza, generándose variadas estrategias conjuntas con las consultas de los diferentes servicios.

Durante 2 años el equipo se integró con dos psicólogas y un especialista psiquiatra del servicio de Salud Mental que fue desafectado en el año 2009. A pesar de ello, el trabajo con los médicos de la guardia facilitó la continuidad de interconsultas de urgencia y farmacológicas provenientes de toda la Región, en tanto único hospital con Guardia de Salud Mental. *“Las redes se definen fundamentalmente por los intercambios dinámicos entre quienes las forman, en tanto sistemas abiertos y horizontales que aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas (Rizo García, 2003).*

En el 2011 con la ampliación de los consultorios de salud mental, fuimos convocadas a incluirlas. Esto facilitó las rotaciones externas de profesionales de Medicina General con asiento en los CAPS, consolidando el enlace entre dispositivos Municipales y Provinciales. El sistema de referencia y contrareferencia se reforzaba.

Seis años después de la creación del Dispositivo, la Secretaría de Salud Municipal replicó la experiencia en la Guardia del Hospital Municipal “Diego Thompson”.

Además fuimos parte de la fundación de la Mesa Intersectorial de Salud Integral Infanto- Juvenil del año 2009 con referentes del área nacionales, provinciales y municipales y participamos de la confección de un documento que relevaba la importancia de la problemática de esa franja etaria (Ley Provincial N° 13.298 de Promoción y Protección de Derechos del Niño/a del año 2005³).

Hacia el año 2013 los pacientes llegaban ya desde diferentes servicios hospitalarios, centros de salud, iglesias, escuelas, etc.; por lo que resolvimos trabajar directamente en Consultorios Externos. Fijamos un servicio abierto, sin reserva de turnos ni listas de espera, teniendo en cuenta que una palabra a tiempo facilita el acortamiento de las distancias, promoviendo el surgimiento de palabras en los lugares de vacío donde sólo se aloja un acto (consumo). Y que quien consulta en general, carga con el estigma social (culpa, prejuicios, rechazos); por lo que, para forjar la posibilidad de regreso y sentar las bases de un tratamiento, entendimos clave generar un alojamiento que propiciara confianza y un lazo posible.

³ La Salud Mental Un Derecho a Conquistar. Documento elaborado por la Mesa Intersectorial de Salud Integral Infanto Juvenil, Nov 2010

Desde el principio las derivaciones fueron con turno escrito y datos concretos del profesional del dispositivo receptor; con quien además se establecía contacto previo (derivación asistida). Según la complejidad de los casos, se redactaba un informe del recorrido institucional.

Además de las entrevistas, los talleres municipales (deportes, cocina, recreativos) facilitaban la espera cuando los turnos de tratamiento ambulatorio se demoraban o las vacantes de ingreso a comunidades terapéuticas se aplazaban.

El trabajo entramado tiene entre sus ventajas la de poder echar mano a redes amplificadas, intercambiando información y favoreciendo el trabajo integrado.

Si bien la red como “*forma de organización social permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de problemas reales*”⁴ no estuvo pensada desde el principio, se fue armando. Sin este armado, sin la participación del entorno, sin esas voluntades con ganas de hacer, el espacio no se hubiera sostenido.

Al decir de Mario Rovere “*Promover redes, redes que promueven redes como sujeto, redes como metáfora, gestión de redes, redes que atrapan, redes que dan libertad, sanear redes, trabajar en redes, enredarse, pertenecer a una red*”, de eso se trata y de eso hemos tratado quienes fuimos conformándola todos estos años. El camino recorrido fue cardinal para su consolidación, tal como lo fueron sus transformaciones.

Comentarios finales

Muchos fueron los cambios ocurridos a lo largo de los 13 años, profusos los espacios de formación y constante el intercambio con los residentes en formación, así como también varios los obstáculos sorteados.

Por último y teniendo en cuenta que tratamos con una problemática dinámica que nos interpela y desafía, nos encontramos actualmente con una dificultad s que ha cobrado gran dimensión durante los últimos 5 años y que nos obliga a problematizar el tema. Se trata del aumento de la medicalización y el consiguiente arribo de consultas solicitando psicofármacos como modo de respuesta única. En términos de la Lic. Alicia Stolkiner “*con el proceso de medicalización creciente la salud entró en el campo de la macroeconomía y el derecho a mantenerla y restaurarla se convirtió en cuestión de estado generando una nueva “moral del cuerpo”*”⁵ (Foucault 2008:69).

⁴ Rovere, Mario Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad.

⁵ Alicia Stolkiner: Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano

Cotidianamente recibimos pacientes cuyo riesgo es **volver el medicamento como eje de su vida** (Jorge Rachid)⁶. Familias que exigen la medicalización por sobre cualquier otra estrategia de tratamiento y el psicofármaco como panacea. Situación que se ve reforzada por la gran circulación de fármacos sin control. Similar es lo que ocurre respecto de los jóvenes y la “creciente invención de “patologías psiquiátricas” que los hace factibles de medicamentación a edades cada vez más tempranas” (Stolkiner, 2012⁷). Cuando en realidad el fármaco puede ser parte de una estrategia terapéutica, pero siempre en función de una evaluación adecuada. *Un psicofármaco indicado para tranquilizar una demanda o para acallar un padecer, puede constituirse en un obstáculo para un tratamiento posterior* (Lic. Julieta Calmels, 2020).

La argamasa del principio, creció y se transformó en un Consultorio Externo de Consumos Problemáticos en un Hospital General. ¿Formalización de ese primer puntapié? ¿Pasaje de una red basada y dependiente de personas, a una ya instituida? Lo esperable es que la misma se sostenga en el tiempo y que ya no dependa de las personas. Que su continuidad se extienda por sobre los nombres propios.

Hay mucho para seguir trabajando, mucho para ajustar y mucha trama por tejer.

Bibliografía

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. 2006 “*Salud y Redes*”. Plan Federal de Salud.

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. 2010 “*Curso sobre enfermedades Vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. Módulo III: Redes*”. Buenos Aires; 47 p. ilus, tab.

KREPLAC, Nicolás. 2019 “*La insubordinación de los Privilegiados*”, Film.

Ley 26061. 2005 “*De Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*”.

Ley 13.298. 2005 “*De la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños*”.

Mesa Intersectorial de Salud Integral Infanto-Juvenil. 2010. “*La Salud Mental, un Derecho a Conquistar*”. Documento Región V, Provincia de Buenos Aires

ROVERE, Mario. 2016. “*Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*” Mario Rovere; contribuciones de Juan Carlos Paradiso; editado por Verónica González. - 3a ed. ampliada y mejorada. - Córdoba: El Ágora, 293 p.; 22 x 15 cm.

⁶ Del Film La Insubordinación de los Privilegiados, Nicolás KreplaK, 2019

⁷ Alicia Stolkiner: Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano. La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas, Ed. Dr. Jaime Llambías- Wolff, RIL editores – Chile (1ª ed), 2015. ISBN 978-956-01-0175-4 y York University Bookstore, Ontario, Canadá (2ª ed) ISBN 978-1-77221-2

STOLKINER, Alicia. 2012 *“Infancia y medicalización en la era de la salud perfecta”*, Propuesta Educativa Número 37 – Año 21 – Vol. 1 – FLACSO, Págs. 28 a 38

STOLKINER, Alicia. 2015 *“Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano”*. En *“La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas”*, Ed. Dr. Jaime Llambías- Wolff, RIL editores – Chile (1ª ed.), ISBN 978-956-01-0175-4 y York University Bookstore, Ontario, Canadá (2ª ed) ISBN 978-1-77221-2

Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2007 *“Plan Provincial de Atención a las Adicciones: avances y planificación de gestión: 2003-2007- 47 p.*