.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Repositorio Digital Institucional

Tipo de documento: Tesis de Maestría

Título del documento: Políticas sobre drogas en Argentina: la accesibilidad de las mujeres a los tratamientos de rehabilitación de drogas

Autores (en el caso de tesistas y directores):

María Laura Bidart

Daniela Bruno, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2017

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: http://repositorio.sociales.uba.ar/

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)
La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR

Repositorio Digital Institucional

.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Lic. María Laura Bidart

Políticas sobre drogas en Argentina

La accesibilidad de las mujeres a los tratamientos de rehabilitación de drogas

Tesis para optar al título de Magíster en Políticas Públicas

Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Directora: Daniela Bruno

Buenos Aires, 2017.

Resumen

En esta investigación se exploran, por un lado, las representaciones sociales de las mujeres con respecto a los servicios de rehabilitación de drogas, cuáles son sus necesidades y sus posibilidades para acceder o no a estos servicios, cuáles son las barreras que encuentran, indagando especificidades de género en función de las cuales actúan, reproducen y/o rompen con los mandatos sociales.

Por otro, cuáles son las representaciones sociales de los y las referentes de los servicios sobre las mujeres con consumos problemáticos, y cuáles consideran que son las principales barreras al acceso que las mujeres tienen y/o perciben.

Por último, se analizan las políticas públicas sobre el tema y se sugiere cómo incorporar el enfoque de género a las mismas.

Este trabajo intenta ser un aporte dentro de un tema que no cuenta prácticamente con antecedentes en nuestro país. Un aporte tanto por su enfoque como por la población explorada. Primero, porque aborda el tema del consumo problemático de drogas desde una perspectiva de las mujeres específicamente, cuestión poco indagada en Argentina y apenas en otros países latinoamericanos. Segundo, porque explora los significados socioculturales del acceso (y las barreras al mismo) a la rehabilitación como respuesta al consumo problemático de drogas desde la mirada de sus propias protagonistas. Finalmente, porque indaga las representaciones sociales que sobre el tema tienen los y las referentes de los lugares donde las mujeres concurren a rehabilitarse, intentando dar cuenta de una problemática invisibilizada.

Por ello, a lo largo de la investigación se intenta desentrañar un interrogante: ¿cuáles son las singularidades que las mujeres presentan en sus modos de acceder (o no) a rehabilitarse del consumo problemático de drogas?

Summary

This research explores, on one hand, the social representations of women regarding drug rehabilitation services, their needs and possibilities to access to those services and the barriers that they encounter by investigating the specificities of gender based on the terms they act, reproduce and/or breake with social commands.

On the other hand, it explores which are the social representations of service providers about women with problematic consumption and which are the main barriers to access that they have and/or perceive.

Finally, public policies on the subject are analyzed and it is suggested how to incorporate the gender perspective to them.

This work tries to be a contribution in this matter, that practically does not have records in our country, both by its approach and the population explored. Firstly, it addresses the issue of problematic drug abuse from the women´s perspective specifically, a little researched subject in Argentina and hardly explored in other Latin American countries. Secondly, it explores the sociocultural meanings of access (and its barriers) to rehabilitation as a response to problematic drug abuse from the eyes of its own characters. And finally, it also investigates the social representations that the referents have on the subject about the places where women attend to rehabilitate, trying to account for a problem made invisible so far.

Therefore, this research is a beggining for unraveling the question of which are the peculiarities that women present in their way to the access (or not) to rehabilitate from their problematic drug abuse.

Índice

Agradecimientos 6

Capítulo 1 7

Introducción 7

1.1. De consumos problemáticos y mujeres 7

1.2. Organización de la presentación 12

Capítulo 2 14

Las mujeres y las drogas 14

2.1. Por qué mujeres y drogas 14

2.2. Cómo se hizo el estudio 24

2.3. La perspectiva de género en salud 29

Capítulo 3 36

La accesibilidad 36

3.1. La accesibilidad a la salud 36

3.2. Dimensiones de la accesibilidad 38

3.3. Accesibilidad simbólica 40

3.4. Barreras culturales y simbólicas 41

Capítulo 4 46

Las mujeres y los servicios de salud 46

4.1. Las representaciones sociales de las mujeres 46

4.2. Las desigualdades de género: los roles tradicionales 53

4.3. Recuperación doméstica 59

4.4. La maternidad: ¿una barrera? 62

4.5. Discriminación y violencias 69

4.6. Servicios para varones 72

Capítulo 5 75

La miradas de las y los referentes 75

5.1. Las representaciones sociales sobre las mujeres 75

5.2. Desigualdades entre los géneros: los roles tradicionales 77

5.3. Recuperación doméstica 80

5.4. La maternidad, ¿una barrera? 82

5.5. Discriminación y violencias 85

5.6. Servicios para varones 87

Capítulo 6 91
Políticas sociales 91
6.1. Las políticas en el sector salud 91
6.2. Las políticas sobre drogas 94
6.3. Enfoque de género en los servicios e instituciones de salud 96
6.4. Hacia una política de drogas con enfoque de género 98
6.5. Recomendaciones para nuevas políticas sobre drogas 101
6.6. Conclusiones 103

Bibliografía 106

Anexo 115

Agradecimientos

La presente tesis es el resultado del esfuerzo de personas queridas que me ayudaron para que este trabajo pudiera concretarse. Quiero agradecer en primer lugar a quienes participaron cercanamente de su realización, leyéndola y acercándome sus críticas y correcciones.

Agradecer especialmente a mi directora, Daniela Bruno, querida amiga y compañera, por haberme acompañado en este difícil y largo recorrido. También mi más profundo reconocimiento y gratitud a Ana Clara Camarotti y a María Pía Pawlowicz por haberme acompañado y guiado en gran parte de este trabajo. Y a mis amigas y compañeras de Trama por haberme sugerido desarrollar este tema.

A Pablo por su apoyo incondicional. A Valentina y Camila. A mi mamá, mi hermana y mis tíos por haberme alentado a no abandonar este proyecto.

También agradecer la buena predisposición de los referentes institucionales para la realización de las entrevistas y al equipo de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del Ministerio de Desarrollo del G.C.A.BA., principalmente a Florencia Tufró y Roberto Canay, que –aunque ya no están trabajando en ese lugar– en su momento colaboraron para que yo pudiera realizar las entrevistas que integran esta investigación.

A Soledad Bastida, quien dedicó muchas horas y esfuerzo para desgrabar las historias de las mujeres que aparecen en esta tesis.

Finalmente, a las mujeres protagonistas de este trabajo por permitirme conocer sus historias de vida.

Capítulo 1

Introducción

Se conoce poco sobre las mujeres y el consumo de sustancias, de sus experiencias de tratamiento y los modelos de intervenciones eficaces para ellas. En parte porque durante muchos años el consumo de drogas en las mujeres resultó un problema "invisible" para nuestras comunidades. Se creía que ellas estaban a salvo de este fenómeno porque su vida transcurría en el ámbito doméstico, lejos del mercado de sustancias "ilegales".

Si bien aún hoy las mujeres siguen consumiendo en menor medida que los varones, este estereotipo va desapareciendo cuando se analiza el consumo desde una perspectiva de género.

1.1. De consumos problemáticos y mujeres

Con respecto al consumo de drogas, los estudios sobre sus distintos usos coinciden en considerar una interacción constante entre tres elementos que forman parte del fenómeno y que se deben tener en cuenta a la hora de realizar cualquier análisis: sustancias, individuos y contexto.

Teniendo en cuenta estos tres elementos, se define al consumo de drogas como la utilización de sustancias con el propósito de aliviar una dolencia (por ejemplo usar medicamentos debidamente recetados) o de experimentar sensaciones placenteras (por ejemplo fumar o tomar alcohol de forma moderada en las comidas o fuera de ellas), es decir que su consumo está en relación con normas consensuadas por la mayoría de las personas que integran una cultura determinada y que consumen en contextos específicos. Por lo tanto, lo determinante es la relación entre ese producto y el modo de vida en que se inscriben las drogas. Por ello, se distinguen diferentes modos de consumo, que comprenden frecuencias y cantidades, tipo de compromiso frente al consumo de drogas, significados que los grupos les otorgan a las drogas, rituales y sanciones organizados alrededor de los diversos consumos (Castel y Coppel, 1994).

En esta línea, Graciela Touzé (2010) sostiene que existen diferentes formas de vincularse con las drogas, y cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas si se constituyen en un consumo problemático. Se entiende por consumo problemático aquel que afecta negativamente, en forma ocasional o crónica, uno o más aspectos de la vida de una persona: a) su salud física o mental; b) sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); c) sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); y d) sus relaciones con la ley.

El consumo de drogas se refiere a su uso con cierta periodización y en dosis importantes; por lo general, este tipo de consumo es 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 consumo problemático se da 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. Romaní (1999) sostiene que el consumo problemático o "toxicomanía" es un estado complejo que desarrollan ciertas personas consumidoras de drogas, en el que influyen las propiedades farmacológicas de las sustancias usadas, el entorno social y las experiencias personales.

Este trabajo adopta particularmente una noción de consumo problemático[1] que parte de algunas clasificaciones consensuadas internacionalmente.

La OMS clasificó las drogas en cuatro grupos en función de su peligrosidad. Las más peligrosas serían aquellas que crean dependencia física con mayor rapidez y que presentan mayor toxicidad; y las menos peligrosas, aquellas que crean únicamente dependencia psicológica. Estos grupos, ordenados de mayor a menor peligrosidad, son:

- Grupo 1: opiáceos (opio, heroína, morfina, etc.).
- Grupo 2: barbitúricos (depresores) y alcohol.
- Grupo 3: cocaína y anfetaminas.
- Grupo 4: ácido lisérgico, cannabis –marihuana, hachís– y mescalina.

La frecuencia del consumo de drogas también motiva clasificaciones. Una de las más consensuadas entre los especialistas es aquella que divide a los consumidores de acuerdo a las siguientes categorías (Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2010):

- Consumidor experimental: consumió 1 a 3 veces en la vida y no ha vuelto a hacerlo desde hace 1 año o más.
- Consumidor ocasional: consume 1 o 2 veces al mes.

[1] La OMS adoptó la definición usada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), que define el consumo problemático de drogas como el "consumo de drogas inyectables en un período prolongado, o el consumo habitual de opiáceos, cocaína o anfetaminas" (21). Conforme a esa definición, el consumo problemático de drogas ilegales está más estrechamente asociado a una mayor carga de morbilidad.

- Consumidor habitual: consume cada semana o varias veces en la semana.

- Consumidor intensivo: consume 1 o varias veces por día.

El consumo problemático abarca las dos últimas categorías de esta clasificación. Lo problemático del consumo "es el hecho de haber perdido el control de sí mismo o el haber incurrido en prácticas de riesgo para sí mismo o para los demás bajo los efectos de una sustancia" (Kornblit, Camarotti, Di Leo, 2010).

De acuerdo a la definición del Observatorio Argentino de Drogas (OAD), la noción de consumos problemáticos

> "Es una construcción relativamente reciente. La idea de consumos problemáticos nos permite incorporar en las definiciones la dimensión particular del sujeto que consume. Primero, porque "consumos" en plural intenta des-homogeneizar este campo, recuperando la multiplicidad de las experiencias. Por otro, al referirnos a "consumos problemáticos" se busca identificar el impacto del consumo en la vida cotidiana de ese sujeto en particular" (OAD, 2014).

El Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP) –que integra la Ley 26.934– los define como

> "Aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidas por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras, o cualquier otro consumo diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud."

De esta manera, el concepto de consumo problemático concibe al consumo como cualitativamente distinto de un sujeto a otro. Cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto, lo cual puede observarse en los efectos y en las consecuencias que trae el consumo en la vida cotidiana de los sujetos (en su vida personal y sus relaciones sociales, en su capacidad de producir –ya se trate de trabajar o estudiar–, en sus posibilidades de elección o autonomía, a su salud psicofísica, etc.) (OAD, 2014).

Por otro lado, esta investigación aborda la problemática del consumo desde el enfoque de la accesibilidad a los servicios de atención y rehabilitación.

El concepto de accesibilidad en salud ha sido abordado de múltiples maneras. Para los fines de este estudio, utilizaremos principalmente la noción de accesibilidad como un vínculo

> que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los Servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los Servicios (Barcala y Stolkiner, 2000).

Así, para acceder a un recurso no alcanza con que este se encuentre cerca (accesibilidad geográfica) de quien lo necesita, ya que existen otras razones o situaciones que hacen que quienes consultan o piden ayuda o asesoramiento respecto al consumo, propio o de un tercero, no tengan respuestas o tengan respuestas desacertadas que los expulsan de las redes institucionales.

Las dimensiones que contiene la noción de accesibilidad dan cuenta de su complejidad (Ferrara, 1985):

- Accesibilidad geográfica: representa la toma de medida clásica sobre la distancia (metros, kilómetros) o tiempo (minutos, horas) de distancia entre la persona y el efector de salud. Se asume que a menor complejidad, menor distancia.

- Accesibilidad económica: referida al acceso gratuito o pago de los servicios de salud, o de otros servicios como medicamentos, análisis, prácticas, instrumentos.

- Accesibilidad cultural o simbólica: en relación al vínculo médico-paciente, y referida a las representaciones, ideas, creencias y valores, así como los hábitos, prácticas y actitudes de profesionales de la salud y consumidores.

- Accesibilidad administrativa: referida a las características burocráticas de entrada a los servicios (pedido de turno previo, requerimiento de identificación, tiempo de espera, etc.).

Partiendo de estas múltiples dimensiones que integran la accesibilidad, se intentó indagar en las entrevistas acerca de los recorridos de las mujeres entrevistadas con el objetivo de establecer en qué magnitud se encuentran recursos institucionales accesibles. Se realizaron preguntas que buscan reconstruir el camino hecho por ellas mismas por distintos lugares e instituciones. Así se intentaron recuperar las prácticas populares y formas de auto-atención, tanto como las formas de atención "tradicionales", asociadas a la medicina y psicología.

En este sentido, para entender los datos obtenidos en este trabajo en términos de accesibilidad, resulta significativo el aporte teórico de Eduardo Menéndez (2003). Este autor se refiere a las estrategias de auto-cuidado de los sujetos frente a los padecimientos que el consumo propio o ajeno produce. Según Menéndez, la "atención" no puede reducirse a los mecanismos de abordaje biomédicos de las enfermedades o padecimientos, sino que debe incluir a todas las actividades que, de manera intencional, buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. De esta manera, se incluyen entre las "estrategias de atención" a diversas formas y técnicas, así como diversos indicadores para la detección de los problemas, y por tanto diversos criterios de curación. Esta noción se vuelve particularmente importante para el análisis, ya que reconoce otras formas de atención que requieren ser reconocidas, especialmente en el campo de las adicciones, donde abundan la incertidumbre y las dificultades en las respuestas desde el sistema de salud ortodoxo.

Por último, para abarcar el consumo de drogas en toda su complejidad, esta investigación aborda las representaciones sociales que se ponen en juego, atravesando las prácticas individuales y colectivas, los sujetos, las sustancias y los contextos socioeconómicos, políticos, culturales e ideológicos en los que el consumo se lleva a cabo. Desde este trabajo se entiende por representaciones sociales "las formas de percibir la realidad compartidas socialmente y construidas culturalmente" (Petracci y Kornblit, 2007). Estas representaciones no son homogéneas sino que varían según diferencias sociales y condiciones estructurales. Son construidas a partir de los procesos de interacción y comunicación social, las conversaciones de la vida cotidiana, los discursos de los medios masivos, todos procesos comunicacionales que reconstruyen simbólicamente la realidad (Petracci y Kornblit, 2007) y que –una vez construidos– existen casi independientemente de ese aspecto de la realidad que es representado (Jodelet, 1986).

Por lo general, se concibe socialmente a los consumidores de drogas desde una de las dos lógicas que lograron la hegemonía en el tratamiento de estos temas: la que pretende su "cura" o lógica sanitaria, y la que busca el "control" o lógica punitiva. Esta son las principales representaciones sociales sobre las drogas, aunque esto no significa que sean las únicas.

Es importante también destacar el rol de los medios de comunicación masivos en la formación de las representaciones sociales sobre las drogas. Ya en 1973 la Unesco advertía que la información puede llegar a propagar el consumo de drogas y agravar las reacciones de la sociedad para con los "consumidores", traumatizar a los padres y provocar el aislamiento de las personas dependientes. En esa misma declaración se señaló cómo los detalles sobre el consumo de drogas difundidos por los medios de información tienden a rodear el tema de una aureola indeseable y de un sensacionalismo indebido cuyos efectos, en algunos casos, son equivalentes a los de un manual de instrucciones para administrar drogas (Del Olmo, 1997).

En esta investigación adquieren particular relevancia las representaciones sociales que refieren a las mujeres consumidoras, ya que revelan una distinta –y perjudicial– consideración frente a los varones, como se verá en los próximos capítulos.

Estas representaciones también nutren a las políticas sociales, que contienen las significaciones sociales de la época, las formas institucionales y se entretejen en la producción de subjetividad y padecimientos (Stolkiner, 1994). Las políticas actuales en materia de drogas en nuestro país se enmarcan en lo que se ha denominado como prohibicionismo. La estigmatización que propician las políticas actuales en materia de drogas se entrama en las prácticas asistenciales, produciendo y reproduciendo la construcción de personas peligrosas (Pawlowicz et al., 2006).

Estas políticas determinan las soluciones posibles para el problema abordado. En este sentido, y en relación a los tratamientos y a los servicios especializados en la atención del consumo de

drogas, existe una multiplicidad de respuestas. Desde las históricas dadas a los problemas de salud mental basadas en el aislamiento, el encierro y la reeducación de los sujetos hasta los tratamientos grupales y los ambulatorios.

La accesibilidad a los servicios de salud no solo se relaciona con su oferta y con la cultura del consumo de los sujetos, sino también con las políticas del sector[2] y con los mecanismos y dispositivos que regulan las relaciones entre ellos y la población. En este sentido, los servicios de salud están condicionados por las políticas públicas, las leyes, la economía, los paradigmas médicos, los valores culturales y los problemas sociales, que son condiciones estructurales que se expresan en las relaciones personales entre profesionales de la salud y los usuarios y usuarias del sistema.

Es necesario poder generar información para incidir y promover la necesidad de políticas de drogas con perspectiva de género. También lo es considerar los factores sociales y de vulnerabilidad psicosocial y cómo esta interviene en la salud y tener en cuenta cómo esos factores afectan de forma diferente a hombres y mujeres y, a menudo, generan discriminación, desigualdades e inequidad, que repercute directamente sobre el proceso de salud.

Estos son los contenidos del enfoque de género en salud que permitirá zanjar las desigualdades entre varones y mujeres.

1.2. Organización de la presentación

A fin de organizar la exposición, la tesis se estructura de la siguiente manera.

En el capítulo 2 se describe la situación de las mujeres y las drogas en nuestro país y en el mundo. Luego se describe el abordaje metodológico utilizado en la presente investigación y los instrumentos y las entrevistas realizadas a las mujeres y referentes. Luego se abordara cuál es la perspectiva de género en salud adscripta en esta investigación, para avanzar con el desarrollo de los conceptos principales que se trabajan sobre la salud y sus determinaciones y su vínculo con el género.

En el capítulo 3 se abordará la noción de accesibilidad, dando cuenta de sus dimensiones. También se mencionarán otras investigaciones que han tomado este concepto en sus desarrollos. Luego se describirán específicamente la dimensión cultural y la dimensión simbólica de la accesibilidad. En este punto se consideran las barreras al acceso a la atención a la salud, así como

[2] Por políticas sociales nos referimos a las distintas intervenciones específicas que realiza el Estado y que se orientan (en el sentido en que producen y moldean) directamente a las condiciones de vida y de reproducción de vida de distintos sectores y grupos sociales (Danani, 2005: 18).

el análisis del enfoque integral de género en relación a la accesibilidad simbólica, considerando los estereotipos y las representaciones sociales.

En el capítulo 4 se indaga sobre las particularidades de las mujeres, intentando encontrar en sus discursos barreras simbólicas (aunque no solo simbólicas) específicas que tienen las mujeres en función de las cuales actúan y reproducen mandatos. Los estereotipos de género y las violencias juegan un papel clave.

En el capítulo 5 se indagará el acceso y las representaciones sociales de las mujeres en situación de consumo desde la mirada de los referentes de servicios de salud. Se intentará explorar cuáles son las barreras que surgen desde las percepciones de los referentes de los servicios.

En el capítulo 6 se analizan las políticas públicas sobre drogas que se han implementado en el país. Se expondrán los diferentes enfoques y dimensiones del análisis de género en salud. Se dará cuenta de los diversos conceptos teóricos y sus dimensiones, así como de las diferentes categorías que componen el enfoque de género para aplicarlo en las políticas de salud. También se describe lo obtenido en esta investigación para avanzar con las propuestas y conclusiones. Se da cuenta de lo que se ha investigado y los hallazgos en relación a la accesibilidad a los servicios de atención a la salud por el consumo de drogas.

El tiempo presente que se emplea en el libro corresponde a las fechas de las entrevistas, realizadas durante los años 2012 y 2013. Las comillas son para citas textuales de las entrevistas o la bibliografía.

Capítulo 2

Las mujeres y las drogas

En este capítulo se intentará contextualizar el problema que se aborda en la presente investigación. Para ello se describirán los consumos más frecuentes de drogas por parte de las mujeres en el mundo y se realizará una comparación con la situación en Argentina. Se presentarán los datos estadísticos que reflejan el acceso a los tratamientos por parte de las mujeres en diversos lugares del mundo y en nuestro país.

Por otro lado, se dará cuenta de cómo fue realizado el estudio y el abordaje metodológico utilizado, así como se describirán los instrumentos utilizados y la realización de las entrevistas.

Por último, se complementará este análisis del consumo en las mujeres en base a las características y particularidades que adquiere desde la perspectiva de género y cómo impactan las diferencias de género transformándose en inequidades en salud a partir de diversas investigaciones sobre el tema.

2.1. Por qué mujeres y drogas

Según datos estadísticos de las Naciones Unidas (UNODC, 2016), el panorama mundial del consumo de drogas resulta difuso porque muchas personas que consumen, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras, es decir que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente.

En promedio, son las personas más jóvenes quienes buscan tratamiento por trastornos debidos –con mayor frecuencia– al consumo de cannabis y anfetaminas que al de otras drogas. Esto refleja la tendencia ascendente de estos consumos y el consiguiente aumento de las personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de dichas sustancias. Las personas en tratamiento por trastornos relacionados con los opioides o la cocaína suelen hallarse en la treintena, lo que en muchas regiones refleja un envejecimiento de la cohorte de consumidores que reciben tratamiento y una disminución general de la demanda de tratamiento.

Según este informe, en general, los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, y estas tienden –más que los hombres– a consumir opioides y tranquilizantes con fines no médicos. Es interesante una de las conclusiones del informe, que señala que

> Las disparidades de género en el consumo de drogas pueden atribuirse en mayor medida a las oportunidades de consumirlas en un entorno social que a la mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad de uno de los géneros al consumo de drogas.

Si bien la mayoría de los estudios indican que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los jóvenes que en los adultos, las diferencias de género en cuanto al consumo son menores si comparamos el primer segmento con el segundo.

La presentación de datos desglosados por sexo ha mejorado con los años y refleja que el número de mujeres detenidas por delitos relacionados con drogas ha aumentado en términos absolutos. No obstante, el porcentaje de mujeres detenidas por cuestiones relativas a drogas, en particular delitos relacionados con su tráfico, registró una tendencia a la baja en el período 1998-2014.

Según cálculos de la UNODC, en los últimos años apenas ha variado el número mundial de consumidores de opiáceos (es decir, opio, morfina y heroína), que en 2014 seguían siendo unas 17 millones de personas.

La prevalencia anual del consumo de cocaína permaneció bastante estable a nivel mundial en el período 1998-2014, oscilando entre el 0,3% y el 0,4% de la población de 15 a 64 años de edad. Sin embargo, como la población ha aumentado, también lo ha hecho el número absoluto de consumidores, que pasó de unos 14 millones en 1998 a 18,8 millones en 2014.

Pese a algunas variaciones importantes registradas en ciertas regiones, el consumo mundial de cannabis también se ha mantenido relativamente estable en los últimos años (UNODC, 2016). El consumo de determinadas drogas como la cocaína y las sustancias sintéticas está actualmente más extendido geográficamente que en el pasado.

El mencionado informe sostiene también que los grupos de mayor nivel socioeconómico son más propensos a iniciarse en el consumo de drogas que los grupos de menor nivel socioeconómico, pero estos últimos son los que pagan un precio más alto y tienen más probabilidades de caer en la drogodependencia.

En términos amplios, existe una estrecha relación entre las situaciones de desventaja social y económica y los trastornos relacionados con el consumo de drogas. También se observa ese paralelismo al examinar las distintas consecuencias de la marginación y la exclusión social, como el desempleo y los bajos niveles de educación.

En relación con las mujeres, el citado informe indica que

> el consumo de drogas reduce los aspectos del desarrollo sostenible relacionados con la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. Hay marcadas diferencias entre los consumidores de drogas de uno y otro sexo en cuanto a las drogas que consumen de preferencia y su vulnerabilidad a ellas. Esa circunstancia, unida al hecho de que los consumidores de varios tipos de drogas son predominantemente hombres, crea el peligro de que los servicios continuos de atención no se ajusten en grado suficiente a las necesidades de las consumidoras, que además tienen poco acceso a ellos (UNODC, 2016).

Las mujeres afectadas por el consumo dependiente de drogas son más vulnerables a contraer VIH y sufren mayor estigmatización que los hombres. Son más propensas que estos a sufrir trastornos de salud mental concomitantes y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia y abusos. A menudo, también "soportan situaciones de violencia y privaciones relacionadas con la drogodependencia de sus familiares, lo que dificulta el logro de la meta de desarrollo sostenible de eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas" (UNODC, 2016).

En un informe realizado por Naciones Unidas en 2005 específico para analizar la situación de las mujeres en relación al tratamiento del consumo de sustancias ilícitas, se señala cómo las diferentes circunstancias que viven las mujeres en los países del mundo se reflejan en su forma de afrontar los problemas relacionados con las drogas. Según datos de Naciones Unidas (ONU, 2005), las mujeres representan un porcentaje estimado de alrededor del 40% de los consumidores en América del Norte y algunos países europeos, el 20% en América Latina y los países de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y el 10% en algunas sociedades asiáticas tradicionales. De acuerdo a este informe,

> aunque la prevalencia del consumo de sustancias ilícitas puede ser menor entre las mujeres que entre los hombres, las mujeres son más propensas a consumir fármacos (tanto ilícitos como de venta con receta), y los niveles de consumo más elevados, por lo menos en América del Norte y Europa, se registran en las mujeres mayores (ONU, 2005).

Más específicamente –y de acuerdo a diversas investigaciones realizadas en distintas regiones del mundo citadas en el mencionado informe– encontramos los siguientes datos. En los países de la Unión Europea, las tasas nacionales de consumo de sustancias ilícitas son menores entre las mujeres que entre los hombres, mientras que son mayores las de consumo de medicamentos lícitos e ilícitos como las benzodiacepinas. Sin embargo, las diferencias de género en las tasas de consumo de cannabis entre los adolescentes (de 15 y 16 años) son reducidas o nulas, y las chicas parecen comenzar a experimentar con el consumo de sustancias antes que los chicos. Las mujeres cometen menos delitos contra la propiedad que los hombres y el trabajo sexual constituye una fuente de ingresos de hasta el 60% de las consumidoras de sustancias en la Unión Europea.

En la Federación de Rusia, las estadísticas oficiales indican que el número anual de mujeres a las que se diagnosticó por primera vez un problema de toxicomanía –en el período 1993-1999– aumentó diez veces. La información sobre las diferencias de género en cuanto a los efectos fisiológicos de las sustancias es limitada. Sin embargo, existen indicios de que en el caso de algunas sustancias, como el alcohol y el tabaco, las mujeres tienden a ser más vulnerables que los hombres a los efectos tanto agudos como crónicos. Por ejemplo, consumiendo la misma cantidad de alcohol, las mujeres registran niveles de alcoholemia más elevados que los hombres, y los estudios sobre los efectos a largo plazo del alcohol demuestran que las mujeres se exponen más que los hombres al riesgo de daños hepáticos, cerebrales y enfermedades cardíacas. Ahora bien, un estudio reciente demuestra que las mujeres mayores presentan una concentración de alcohol en la sangre mayor que las jóvenes, lo que parece indicar que la edad puede ser un indicador más importante que el sexo (ONU, 2005).

En Estados Unidos y Canadá, los derivados de opioides (empleados principalmente como analgésicos), los tranquilizantes y sedantes (especialmente las benzodiacepinas) y los estimulantes (como el metilfenidato o la dextroanfetamina) son los fármacos de mayor consumo indebido (OEA, 2012).

En Asia, se ha informado de un aumento del consumo de sustancias entre las mujeres afganas, en particular las refugiadas, muchas de las cuales consumen diariamente una mezcla de opio (ingerido, bebido o fumado) y fármacos. Estas sustancias se obtienen con facilidad en Afganistán y en los campamentos de refugiados del Pakistán con fines de automedicación para problemas de salud física y mental. Alrededor de una de cada cinco consumidoras de sustancias son mayores de 50 años.

Por su parte, la República Islámica del Irán, en una evaluación de la situación del consumo de drogas en 1999, determinó que del total de consumidores de sustancias, que oscilaba entre 800.000 y 1.200.000 personas, eran mujeres el 6%. Además, que el consumo de sustancias entre las mujeres va en rápido aumento. Las sustancias que más se consumen en la República Islámica del Irán son el opio, los residuos de opio, la heroína y el cannabis.

En China, la segunda encuesta epidemiológica nacional sobre el consumo de sustancias ilícitas, realizada en las seis zonas principales del país, reveló que entre las mujeres la prevalencia del consumo alguna vez en la vida era del 0,57% y del 2,58% entre los hombres. Las sustancias ilícitas consumidas más frecuentemente fueron en general los opiáceos, principalmente la heroína, seguidas por el opio.

En India, si bien la mayoría de los consumidores de sustancias son hombres, el consumo de heroína ha aumentado entre las mujeres en distintas ciudades del país. En una encuesta realizada en 14 ciudades en 2000-2001 se determinó que las mujeres que hacían consumo

indebido de sustancias representaban una media del 7,9% de la muestra y que las principales sustancias consumidas eran la heroína, el alcohol, el cannabis y los analgésicos. Característicamente, las consumidoras de sustancias abarcadas por el estudio eran solteras, tenían estudios, trabajaban y notificaron haber comenzado tempranamente a consumirlas. Las razones principales que dieron para explicar su iniciación en el consumo fueron la influencia de los amigos, el estrés y la tensión, así como el ascendiente del cónyuge o la pareja. Casi la mitad de ellas se dedicaba al trabajo sexual para obtener dinero con el que comprar drogas y cerca de la tercera parte las vendía.

En África, en un estudio de los consumidores de heroína en una ciudad costera de Kenia, se calculó que la proporción de hombres respecto de mujeres era de 20 a 1. Muchas de las heroinómanas se dedicaban al comercio sexual. En el mismo estudio se calculó que en total el 50% de quienes consumían heroína lo hacían por inyección.

En Australia, según datos de 2001, el consumo de sustancias ilícitas es más común entre los hombres que entre las mujeres (el 41,3% en comparación con el 34,2%), salvo en el grupo de edad formado por los más jóvenes.

En la región sudamericana, los estudios revelan los siguientes datos. En Brasil una encuesta sobre el consumo de sustancias realizada en hogares en 24 ciudades grandes del estado de São Paulo reveló que la proporción de consumidores de cannabis entre hombres y mujeres era de 3,5 a 1 y la de consumidores de cocaína de 4 a 1. En el caso de los estimulantes, la proporción fue de 0,3 a 1 y en el de las benzodiacepinas de 0,6 a 1. En cambio, el estudio también mostró que era mayor la proporción de mujeres que se iniciaban en el consumo de cocaína, lo que indica un posible aumento de la dependencia de esta droga entre las mujeres (ONU, 2005).

En Chile, si bien los porcentajes de consumo alguna vez en la vida y reciente de sustancias ilícitas son mayores entre los hombres que entre las mujeres, las tasas de dependencia de la cocaína y la pasta base de cocaína son más elevadas entre las mujeres. Los porcentajes de consumo de sustancias ilícitas se han mantenido estables en los últimos años, habiéndose registrado una disminución de las tasas de consumo de productos de cannabis y pasta base de cocaína entre los adolescentes, en particular las mujeres. Sin embargo, el consumo de alcohol ha aumentado más entre estas que entre los hombres en dicho grupo de edad (ONU, 2005).

En Argentina, desde el Observatorio Argentino de Drogas, dependiente de Sedronar, con el objetivo de estimar el consumo problemático de drogas, los estudios nacionales utilizan escalas

validadas para estimar –en el universo de consumidores del último año de marihuana, cocaína y pasta base– la proporción de personas que presentan signos y síntomas de dependencia.[3]

Las estimaciones sobre marihuana y cocaína (tomadas por ser las dos sustancias que tienen mayor número de casos que habilitan el análisis) muestran que el consumo de cocaína genera mayor consumo problemático que el de marihuana. Más del 40% de los consumidores de cocaína en el último año califican como dependientes, y la cifra del año 2010 es mayor al 2006. En cambio, considerando los consumidores de marihuana del último año, una proporción que oscila alrededor el 20% presentaría problemas de consumo. Este indicador es mayor en la medición del año 2006.

En promedio, tanto en el inicio como al final del periodo bajo observación,

> algo más del 20% de los varones que fumaron marihuana en el último año tuvieron algún indicador de consumo compulsivo, tolerancia al consumo y/o síndrome de abstinencia al disminuir o abandonar el consumo de marihuana y aproximadamente el 12% de las mujeres (ONU, 2005).

Para ambos sexos, la mayor estimación cercana al 30% se observa en 2006. La proporción de consumidores con signos y síntomas de consumo problemático varía notablemente según los grupos de edad y la tendencia es heterogénea, la variación mayor se observa en edades avanzadas, donde la prevalencia es baja y por lo tanto estas cifras deben ser bastante inestables. En cambio en el grupo de mayor consumo, se observa una disminución del porcentaje de dependientes en los dos últimos estudios, pero el 2010 es muy similar al 2004. En el grupo de 25 a 34 años la situación es bastante estable.

Respecto de los consumidores de cocaína, uno de cada dos varones que usaron cocaína en el último año presentaría signos y síntomas de consumo problemático, razón que se mantiene en los extremos del periodo 2006-2010. Entre las mujeres, la presencia de signos y síntomas de consumo problemático es menor y ha disminuido con el tiempo, llegando un tercio de ellas, en el año 2010. La mitad de los jóvenes de 16 a 24 años que consume cocaína presenta problemas con este consumo y esta proporción es estable en los últimos tres estudios. Algo similar se ob-

---

[3] Para la medición de la Dependencia se siguieron los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión, CIE 10. En el mismo se define al síndrome de dependencia como "el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescriptas por un médico), alcohol o tabaco". Los seis criterios que establece el CIE 10 se operacionalizaron en 10 ítems o variables en los estudios de los años 2006, 2008 y 2010 y se mantuvieron 6 preguntas en el estudio del año 2004, aplicados a quienes consumieron marihuana, cocaína y pasta base en el último año. Cuando la persona presenta 3 o más criterios positivos, se define como Dependiente. Debido a que se trata de una encuesta poblacional y no de una entrevista bajo un encuadre médico, esta medida debe considerarse como una estimación aproximada a la población con síndrome de dependencia a drogas, que puede considerarse como potencial demandante de tratamiento.

serva en el grupo de 25 a 34 años, con un valor alto en 2006. Finalmente, un tercio de quienes tienen entre 35 a 49 años en 2010 presenta indicadores de consumo problemático, mostrando una tendencia decreciente desde 2006.

El consumo problemático de bebidas alcohólicas[4] se encuentra en una magnitud del 13% del total de personas que consumieron dichas bebidas en el último año, según los dos últimos estudios nacionales. El estudio de 2006 utilizó la escala EBBA, que se aplicó a los consumidores del último mes y también la magnitud del consumo problemático de alcohol se ubicó en el 12.8% en la población de 12 a 65 años (14.8% en varones y 9.9% en mujeres).

El consumo problemático de alcohol es mayor entre los varones y entre los jóvenes de 16 a 24 años y no se observan diferencias importantes entre 2008 y 2010, salvo un leve incremento en las mujeres y a partir de los 35 años.[5]

Es necesario complementar este análisis del consumo desde las particularidades que adquiere según una perspectiva de género.

De los informes internacionales se desprende que existe poca información basada en investigaciones sobre los aspectos del consumo de sustancias por parte de las mujeres y sus problemas conexos, incluso los efectos y consecuencias de tipo fisiológico y psicosocial, las características propias de las mujeres con problemas de consumo de sustancias y sus experiencias de tratamiento (ONU, 2005).

En cuatro estudios sobre las impresiones de las mujeres que consumen sustancias nocivas en diferentes regiones del mundo –Australia, India, Canadá y seis países de Europa (Alemania, Austria, España, Francia, Italia y Portugal)– acerca de los obstáculos o impedimentos para el tratamiento se analizan algunos temas convergentes (ONU, 2005). Los temas son la familia y cuestiones concernientes a las relaciones, como el miedo a perder la custodia de los hijos o la preocupación por el cuidado de los mismos, la necesidad de permiso de la pareja para recibir tratamiento, el miedo a que la pareja las abandone; cuestiones relacionadas con la estigmatización y la vergüenza, como la preocupación porque se las identifique como toxicómanas; y cuestiones relativas al tratamiento, como el miedo a la abstinencia de sustancias, el miedo a la explotación, no comprender que la toxicomanía es una enfermedad y creer que pueden librarse de ella por sí mismas, la preocupación porque los encargados de los servicios no comprendan

[4] Para estimar el consumo abusivo o perjudicial de bebidas alcohólicas, los estudios que permiten la comparación son los dos últimos (2008 y 2010), que usaron el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) para quienes consumieron alcohol en los últimos 12 meses, para identificar personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol.

[5] Estudio Nacional en población de 12 a 54 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2006. En http://www.observatorio.gob.ar/estudiosnacionales.

sus necesidades como mujeres, la preocupación por la falta de servicios para las mujeres embarazadas y la falta de información sobre opciones de tratamiento y plazos de espera.

Según Romo Avilés (2010: 269), el resultado de este informe de Naciones Unidas (ONU, 2005) es que

> se sabe mucho menos de la prevalencia y las pautas de consumo indebido de sustancias psicoactivas en las mujeres y de sus necesidades de tratamiento. Tabúes y estigmas culturales determinan que sus problemas de consumo no sean reconocidos por ellas mimas ni por sus familiares o los profesionales que podrían ayudarlas a recibir tratamiento.

En nuestro país, una investigación muestra las modalidades que adquiere el consumo de sustancias psicoactivas entre las mujeres (Parga, 2009):

- La proporción de mujeres drogodependientes fue –históricamente y hasta la actualidad– significativamente menor que la de los hombres y sugiere que las mujeres consumen mayormente drogas lícitas6 (tabaco, alcohol).

- Se identifican dos tipos de consumo en las mujeres: las adultas optan por los psicofármacos y el alcohol en un ámbito privado, mientras que las más jóvenes agregan a estas dos sustancias drogas de síntesis, ocupando los mismos espacios que los varones jóvenes (salidas nocturnas, de fin de semana y boliches).

- La caracterización de las mujeres como "débiles" supone una indicación médica de consumo de psicofármacos, que luego son consumidos también sin dicha prescripción. Como sostiene Mabel Burin (1998), el análisis del consumo con perspectiva de género permite visualizar cómo muchas mujeres adultas son consumidoras de psicofármacos en una escala mucho mayor que los varones. Así las mujeres prefieren principalmente el consumo de sustancias "legales" como el alcohol, los psicofármacos y el tabaco y de aquellas "ilegales" que tienen una mayor tolerancia social como la marihuana y el éxtasis. Esta elección puede explicarse por el mandato social de mantener conductas menos riesgosas que los varones. Este fenómeno silencioso cuenta muchas veces con la complicidad de los sistemas de salud.

  > Cuando una mujer consulta por depresiones, crisis de pánico, problemas relacionados con los ciclos vitales o con el agobio que les representa tener que cumplir una multiplicidad de tareas, los profesionales optan por la prescripción de psicofármacos como única respuesta, sin buscar el origen del malestar (Burin, 1998).

---

[6] Las drogas lícitas refieren principalmente al alcohol y psicofármacos con prescripción médica. Las drogas ilícitas son la marihuana, la cocaína (en sus distintas formas de administración: inyectada, fumada o pasta base y aspirada), las drogas de síntesis o diseño, los opiáceos, etc.

- Esta "habilitación" es para muchas mujeres el ingreso a un consumo de drogas que, aunque socialmente tolerado, no deja de ser muy perjudicial para su salud mental y física.

- Las formas de obtener sustancias de las mujeres son autolesivas y menos dañinas para terceros, principalmente refiriéndose al intercambio de sexo por drogas.

- Es frecuente el vínculo con hombres o parejas consumidoras.

- Es alto el porcentaje de las mujeres consumidoras que han sufrido abusos sexuales o malos tratos. En general existe un vínculo de esta característica con el origen del consumo. Un aspecto no tenido siempre en cuenta por los profesionales es que muchas mujeres consumen drogas como una forma de "soportar" situaciones de violencia doméstica y sexual. En la mayoría de los casos esa violencia es "tolerada" y sufrida en silencio. Las drogas y el alcohol son un sostén al que se apela con mucha frecuencia ante la falta de apoyo y acompañamiento de la familia y los profesionales.

- Generalmente las mujeres ocultan el consumo por temor a perder la tenencia de sus hijos/as. La sociedad y las familias generalmente son mucho menos tolerantes con sus hijas consumidoras que con los varones. Cuando son madres o están embarazadas, son ellas quienes cargan con el peso del estigma de abandonar o no cuidar correctamente a sus hijos/as; y con el temor de que los separen de su lado (Meneses Falcón, 2002). Esta situación hace que –en mayor medida que lo que ocurre con los varones– oculten el consumo a la familia o que esta les preste menos apoyo. También genera más distancia con los servicios de salud, lo que provoca un mayor deterioro físico y emocional.

- Las mujeres participan cada vez más del "mini-tráfico" de drogas, generalmente como "mulas" como una nueva fuente de trabajo en el mercado ilegal, precarizando sus opciones con el agravante de ser criminalizadas y estigmatizadas.

Entre los consumidores pobres –mujeres y varones– se puede observar un crecimiento sostenido de la presencia de pasta base. Esta droga genera un alto grado de consumo problemático, una adicción que, sumado a la imposibilidad o dificultad para conseguir o sostener actividades laborales, predispone a las personas que la consumen a iniciar un camino de delito. Mientras los varones generalmente optan por los hurtos, las mujeres encuentran en la prostitución una fuente de ingresos para financiar el consumo.

Con respecto a los servicios destinados a atender el consumo de drogas, estos estuvieron históricamente pensados desde las necesidades y características de los varones. La exigencia de la internación muchas veces impide a las mujeres ingresar en programas destinados a consumidores de drogas cuando estas tienen a su cargo a sus hijos o hijas (Meneses Falcón, 2002).

En relación a la presencia de la mujer en los servicios de tratamiento del abuso de sustancias, la información disponible en general es insuficiente y los datos sobre la magnitud del problema son limitados en muchos países (ONU, 2005).

En la Unión Europea, la información obtenida sobre admisiones a tratamiento en régimen ambulatorio en Alemania, Dinamarca, España, Finlandia, Grecia, los Países Bajos y Suecia indica que en 2001, el 20,8% de los nuevos pacientes eran mujeres.

En Estados Unidos en 2002 las mujeres representaron el 30,4% de las personas admitidas a tratamiento por consumo de toda clase de sustancias, incluido el alcohol.

En India, en los centros de tratamiento del abuso de sustancias, la proporción de mujeres fluctúa entre el 1% y el 10%, pero tal vez no refleja la cifra real, porque es mayor la estigmatización de la mujer drogodependiente y también por su papel como cuidadora de los hijos.

En Australia, el 44% de todas las actividades de tratamiento se dedicó a mujeres en el período 2001-2002, lo que representó un aumento frente al 35% registrado en 1999. Las mujeres eran considerablemente más jóvenes que los hombres y tendían más que estos a tener problemas de heroína o benzodiacepina, mientras que las tasas de consumo de anfetamina y cocaína eran semejantes en ambos sexos.

En China, en consonancia con el aumento de las tasas de consumo femenino de sustancias, hay informes según los cuales en algunas provincias (Yunán y Guangxi) las mujeres representan entre el 16% y el 25% de las personas sometidas a tratamiento.

En Irán apenas el 5%, aproximadamente, de las personas que asisten a tratamientos son mujeres.

Según estos informes de las Naciones Unidas (2005), las mujeres que buscan tratamiento tienden a ser más jóvenes y a disponer de menos recursos en lo relativo a educación, empleo e ingresos, tienen hijos que viven con ellas y conviven con un cónyuge o pareja que consume sustancias (en comparación con los hombres). A su vez, las mujeres con problemas de consumo de sustancias tienen más probabilidad de haber experimentado traumas que los hombres y de sufrir con más frecuencia problemas psiquiátricos concomitantes.

Por su parte, en Argentina –según los datos de CABA–, durante 2010 solo el 17% de los pacientes atendidos fueron mujeres frente al 83% de los varones asistidos, y de las personas ingresadas a tratamientos solo el 14,9% fueron mujeres.[7]

[7] Últimos datos suministrados por el Observatorio de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del GCABA. Informe 2010.

Finalmente, algunos estudios sobre el inicio y la finalización del tratamiento muestran que las mujeres se someten a él y lo terminan con menor frecuencia que los hombres, mientras que en otros estudios no se han observado diferencias entre los sexos. Hay indicios de que la situación familiar de la mujer incide en la finalización del tratamiento. Por lo general, las investigaciones no revelan diferencias de género en los resultados del abordaje terapéutico. No obstante, en algunas más recientes se han observado mejores resultados en el caso de las mujeres que participan en tratamientos concebidos expresamente para atender sus necesidades. Con estos programas puede captarse a pacientes que de otro modo no se someterían a tratamiento, como aquellas que tienen hijos. Los estudios mencionados se hicieron principalmente en América del Norte, Australia y varios países europeos. Los efectuados en otros países y culturas pueden reportar resultados diferentes (ONU, 2005).

Esta situación hace que –en mayor medida que lo que ocurre con los varones– oculten el consumo a la familia o que esta les preste menos apoyo. También genera más distancia con los servicios de salud, lo que provoca un mayor deterioro físico y emocional.

Como veremos en la presente investigación, las mujeres consumidoras de drogas tienen especificidades que requieren ser tenidas en cuenta en los servicios que abordan esta problemática. Resulta así necesario analizar cómo el hecho de ser mujer influye en la posibilidad de acceder –o no– a los servicios de atención.

Por ello es importante ahondar en esta temática y sobre las intervenciones que existan en favor de las mujeres. No contemplar las características particulares del consumo de drogas en mujeres, sus deseos, necesidades y capacidades, constituye una discriminación que impacta negativamente en sus posibilidades de avanzar en el camino de un consumo menos comprometido en relación a su propia salud o del abandono del mismo.

2.2. Cómo se hizo el estudio

Los objetivos de la investigación fueron, por un lado, analizar las experiencias de atención (en tanto respuestas sociales a los consumos problemáticos) y las representaciones sociales de las mujeres consumidoras de drogas sobre los servicios de atención y su accesibilidad a los mismos. Por otro lado, analizar las experiencias de atención y las representaciones sociales de las y los trabajadores de la salud acerca del consumo problemático de drogas en las mujeres, las modalidades de acceso más frecuentes que observan y las principales barreras a la accesibilidad que perciben.

Como se mencionó anteriormente, este tema prácticamente no cuenta con antecedentes en nuestro país (cf. Comes, 2005) y consideramos fundamental contar con estudios diagnósticos

que permitan mejorar la accesibilidad de las mujeres a los servicios dedicados al abordaje del consumo de drogas.

El estudio tuvo un diseño exploratorio-descriptivo que utilizó una estrategia metodológica cualitativa para la producción, el procesamiento y el análisis de los datos. La técnica de relevamiento de información utilizada fue la entrevista en profundidad.

Las entrevistas fueron utilizadas para explorar las siguientes dimensiones:

- la accesibilidad de las mujeres al sistema de salud;
- la concepción de salud y enfermedad;
- las representaciones sociales sobre las mujeres consumidoras;
- las representaciones sociales sobre los integrantes de los equipos, servicios e instituciones de recuperación del consumo problemático de drogas;
- las barreras culturales y simbólicas al acceso a la salud percibidas;
- los estereotipos de género.

2.2.1 Las entrevistas

El trabajo de campo realizado incluyo la realización de 21 entrevistas, 12 de ellas realizadas a mujeres consumidoras de drogas en tratamiento y 9 a referentes de organizaciones/instituciones.

2.2.2 Entrevistas a mujeres

N° de entrevista	Nombre	Edad	Nivel de estudios	Hijos	Obra social
1	Gladys	65	Terciario	Una hija de 33 años	No
2	Gabriela	30	Secundario incompleto	Una hija de 6 años que vive con el padre	No
3	Débora	39	Secundario incompleto	Un hijo de 9 años que vive con el padre	No
4	María	35	Secundario incompleto y técnica en calzado	Una hija de 4 años que vive con el padre	No
5	Romina	33	Primario	5 hijos, solo uno (el más pequeño) vive con ella. El resto con familiares.	No
6	María	19	Primario	Un hijo de 6 años que no vive con ella (tía)	No
7	Alejandra	27	Primario	3 hijas, 2 viven con ella, la más grande con su mamá	No
8	Dani	25	Secundario	3 hijos que viven con ella (6 y 4 años y 3 meses) y su pareja internada	No
9	Melanie	17	Secundario incompleto	No tiene hijos/as	No
10	Alicia	63	Universitario incompleto	Una hija de 35 años y un hijo de 31 años.	Osde
11	Carla	22	Secundario incompleto	Un hijo de 6 años	No
12	Patricia	47	Universitario	No tiene hijos/as	Unión personal civil nación

2.2.3 Entrevistas a referentes

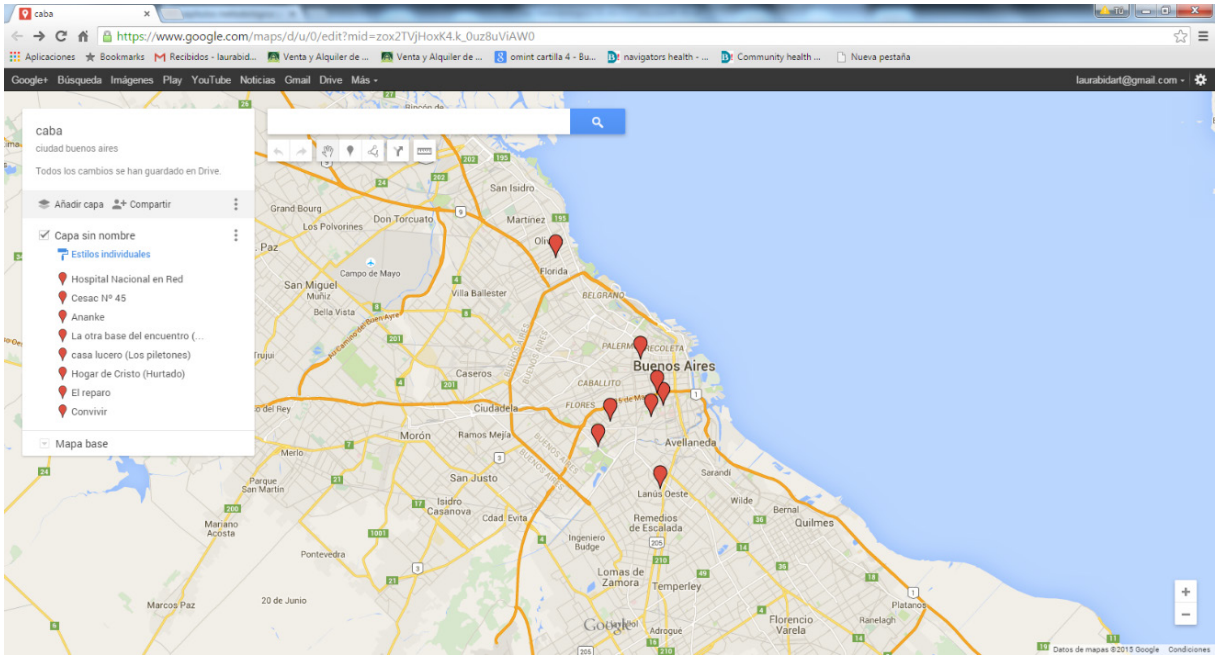
N° de entrevista	Referente	Institución	Profesión	Cargo/rol	Población	Derivaciones
1	Susana	Casa Lucero GCBA Centro de día Piletones-Soldati	Counselor o Consultora psicológica	Coordinación Trabajo con familias	Varones y mujeres hasta 21 años (en general desde 12 años)	Desde GCBA y del barrio
2	Ariel	El reparo CABA y Provincia Ambulatorio hospital de día e internación Belgrano	Psicólogo	Coordinación y actividades multifamiliares	Desde los 14 años en adelante	Del GCBA-obras sociales-Osde Sedronar
3	Mercedes	Convivir Ambulatorio Centro de día y prevención CABA Palermo	Psicóloga	Presidenta de la fundación	Jóvenes y adultos	GCBA Obras sociales y prepagas
4	Sofia	Hogar de Cristo, Hogar Hurtado Villa 21 24 Barracas	Psicóloga	Psicóloga Orientación Intervención Asistencia ambulatoria Derivaciones	Jóvenes y adultos	Barrio
5	Guillermo	Ananke Asociación Civil (casa de mujeres - Lanús)	Psicólogo	Internación para mujeres con hijos y embarazadas; internación mixta; centro de día y tratamiento ambulatorio	Jóvenes y adultos Mujeres en Lanús y mixto en lobos	Del GCBA-obras sociales-Osde Sedronar
6	Ana	Cenareso-Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” Parque Patricios	Trabajadora social	Internación mixta Centro de día Ambulatório /consultorios externos	Jóvenes y adultos mixto	Derivaciones de otros

7	Rubén	Cenareso-Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte" Parque Patricios	Psicólogo	Internación mixta Centro de día Ambulatorio /consultorios externos	Jóvenes y adultos mixto	Derivaciones de otros
8	Carlos Graciela	Centro Carlos Gardel Cesac 45 área programática Ramos Mejía Once	Trabajador social Ginecóloga	Ambulatorio Entrevistas individuales y grupos, pero no centro de día. Prevención	Mayores de 18 años	Demanda espontánea, derivación de otros servicios de salud, Cesacs, etc.
9	Eduardo	Centro la otra base del encuentro Área programática Hospital Piñero Bajo Flores	Trabajador social	Ambulatorio Centro de día	Jóvenes y adultos situación de calle	Del barrio y por referencia de otros servicios de salud, derivaciones de las escuelas

Se aplicó un consentimiento informado y se les explicó a todos y todas las entrevistadas los objetivos de la investigación. Las entrevistas fueron tomadas en diversos lugares dependientes del sistema de salud de CABA y organizaciones de la sociedad civil que tienen convenios de trabajo con el área de desarrollo social de la CABA. Se seleccionaron principalmente aquellas instituciones que pudieran dar cuenta de la variedad de servicios que se ofrecen en la ciudad como respuestas sociales a los consumos problemáticos de drogas. En general se priorizaron lugares donde se pudieran realizar entrevistas a mujeres y a referentes de las mismas instituciones. Solo en 3 instituciones se pudieron realizar entrevistas a mujeres, dada la complejidad que conlleva realizar entrevistas a personas que están realizando un tratamiento. Por ello la mayoría de las entrevistadas estaban en una etapa avanzada del mismo y/o estaban por finalizar su internación. Esto se debió a la necesidad de hablar con mujeres que pudieran dar cuenta del proceso por el que habían atravesado. Dados los lugares donde se pudo entrevistar, la mayoría fueron realizadas a mujeres de sectores sociales de bajos recursos. Los referentes entrevistados fueron en su mayoría profesionales (casi todos del campo de la salud mental), que desarrollan su actividad como directores o trabajadores de las instituciones seleccionadas. Las mismas fueron: Casa Lucero (centro de día Los piletones); El Reparo; Fundación Convivir; Hogar de Cristo (villa 21); Ananke; CE.NA.RE.SO- Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte"; Centro de Día Carlos Gardel; Centro de Día La otra base de Encuentro.

La heterogeneidad de los lugares donde se realizaron las entrevistas refleja una pequeña muestra (aunque no representativa) de la diversidad de lugares que prestan asistencia en la CABA (especialmente en esta temática).

2.2.4 Mapa de instituciones



Por último, esta propuesta se enmarca en una perspectiva de igualdad de oportunidades entre varones y mujeres a través del acceso y permanencia en los servicios de salud, así como también en la búsqueda de hacer efectivos los derechos humanos y ciudadanos. Se ha optado por una investigación cualitativa que resulta pertinente para la concreción de los objetivos que se plantea el proyecto. También se espera sumar esfuerzos e incorporar todo aquello que pueda ser útil para trabajar por la disminución de la discriminación por sexos, de las desigualdades e inequidades y de los impactos desfavorables en la salud de los modelos sociales de género. Promover la inclusión del enfoque de género para alcanzar la igualdad y equidad en relación a la salud de las personas debería ser un objetivo común a todos los niveles del sistema de promoción y atención de la salud.

2.3. La perspectiva de género en salud

> "Género" parece haberse convertido en una palabra particularmente útil a medida que los estudios sobre el sexo y la sexualidad han proliferado porque ofrece un modo de diferenciar la práctica sexual de los roles sociales asignados a mujeres y hombres… El uso de género pone de relieve un sistema completo de relaciones que puede incluir el sexo, pero no está directamente determinado por el sexo o es directamente determinante de la sexualidad. El género defiende que las relaciones entre sexos son sociales.
>
> Joan W. Scott (1996)

El género es la expresión de formas de comportamiento culturalmente aprehendidas asentadas en asimetrías de poder que se reproducen socialmente en diferentes ámbitos (Attardo, 2012).

Debemos tener en cuenta que las diferencias jerárquicas entre varones y mujeres se entraman con las diferencias étnicas, culturales, de clase, edad, opción sexual, etc. que posean. Es decir que lo que se espera de los géneros en cada cultura con sus características, sumado a las condiciones y oportunidades de vida –desiguales–, constituirán vulnerabilidades específicas (Attardo, 2012).

La perspectiva de género como herramienta de análisis es una manera de interpretar los fenómenos sociales referidos a las relaciones entre mujeres y hombres. Permite comprender que las desigualdades no son naturales, sino que responden a una determinada forma de organización social y de ejercicio del poder a partir de la creencia en la superioridad masculina. Esto genera múltiples formas de discriminación que son justificadas por la diferencia entre los sexos.

Sintéticamente podríamos decir que el enfoque de género parte de algunos supuestos o posicionamientos (Mora, 2006):

- Que no existe la igualdad entre hombres y mujeres.

- Que la desigualdad entre hombres y mujeres no es natural sino que responde a una determinada forma de ejercicio del poder a partir de la creencia en la superioridad masculina y la subordinación femenina.

- Que hombres y mujeres, o los seres humanos según su género, acceden de manera diferente y desigual a los recursos económicos, sociales y culturales, y que este acceso diferenciado perpetúa situaciones de dominación y subordinación.

- Que las mujeres tienen necesidades prácticas y necesidades estratégicas específicas que deben ser satisfechas para revertir esta dominación/subordinación.

- Que las necesidades específicas de las mujeres varían según sus características socioeconómicas, demográficas, culturales, raciales, etc.

2.3.1. La salud y sus determinaciones

Contemplar los temas de salud desde una perspectiva de género implica considerar los modos en los cuales las diferencias genéricas se transforman en inequidades en salud impactando en los procesos salud-enfermedad-atención[8] (Menéndez, 1988).

Los tres factores de género principales que afectan a la salud de los hombres y las mujeres son: las diferencias biológicas, los roles sociales y las normas de género, y el acceso a y el control de los recursos (OPS, 2010). Estos factores deben analizarse en relación con los riesgos para la salud y la vulnerabilidad, el acceso a los servicios de salud, los resultados en la salud y las consecuencias de las condiciones o problemas de salud.

Desde un enfoque de derechos humanos, el Estado es el responsable de elaborar criterios normativos y políticas para mejorar las condiciones de vida de las comunidades. El derecho a la salud no significa el derecho a estar sano, sino el derecho a contar con mecanismos e instituciones que faciliten el mantenimiento de la salud. Esto implica incrementar estrategias que favorezcan el acceso a los recursos y la información, los servicios de salud, los medicamentos esenciales y la atención de buena calidad.

Trabajar con los diversos géneros, en este caso específicamente con las mujeres, no implica dar por sentado que se aplique per se una perspectiva de género como categoría analítica y práctica. Adquirir esta mirada implica un proceso complejo de formación conceptual y adquisición de herramientas operativas y un profundo movimiento subjetivo y compromiso político (Attardo, 2012).

Desde una concepción integral de la salud, entendemos que está condicionada no solo por factores biológicos, sino también por factores políticos, económicos y culturales (Menéndez, 1988). Esta perspectiva permite superar la visión de la salud como ausencia de enfermedad y pensar al ser humano como un ser biopsicosocial, entramado en la familia, en la cultura, en su historia individual y social, y a la salud como un proceso dinámico.

Partiendo de esta idea, la concepción de la determinación social de la salud nos permite ver a la salud en su complejidad, abarcando no solo aspectos de la vida de las personas como seres individuales sino también lo que suceda en el grupo socioeconómico del que cada uno forma parte y de una sociedad que tiene una lógica en la manera en que la salud se desarrolla y a la que condiciona. Esta perspectiva entiende que las condiciones de vida determinan los modos de vivir, de transitar la salud, de enfermar y de morir de las personas, condicionando sus posibili-

[8] La construcción del concepto salud-enfermedad-atención no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad (Menéndez, 1988).

dades y opciones. Entre estas determinaciones encontramos a la clase social de pertenencia, el género y la etnia (Breilh, 2013).

De esta forma, las determinaciones sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (Breilh, 2013), es decir, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación de salud, en las que no basta el cambio individual o la voluntad personal para modificarla. Se corre así el eje de las conductas individuales y de las responsabilidades individuales, ya que considera que el proceso salud-enfermedad en lo singular, particular y general es el resultado de las desigualdades sociales que se originan en las relaciones de poder y de dominación que existen en las sociedades y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas.

2.3.2. ¿Por qué incorporar la perspectiva de género en salud?

¿Por qué condiciones de vida diferentes, la división sexual del trabajo, expectativas, discursos, y necesidades sociales construyen identidades genéricas con necesidades y requerimientos distintos?

Los factores de género interactúan con las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres e inciden en su estado de salud. Las mujeres y los hombres pueden estar expuestos a riesgos diferentes de contraer un problema de salud debido a los roles y las normas de género o debido a la división del trabajo por sexo. Las mujeres a menudo tienen menos acceso que los hombres a los recursos que son necesarios para gozar de una buena salud. Y aunque las mujeres tengan acceso a recursos suficientes, tal vez no tengan el poder y la autoridad para tomar decisiones, lo cual aumenta su vulnerabilidad. No obstante, es importante tener en cuenta que no es posible generalizar y que los temas relativos al género son dinámicos y, como tales, pueden transformarse. Por lo tanto, el análisis de género debe ser adaptable, flexible y contextual.

Cuando estas diferencias –en los procesos y resultados de salud, enfermedad y su atención desde los servicios de salud, entre hombres y mujeres– son injustas y evitables, se convierten en desigualdades. Porque la mayoría de ellas no se pueden explicar por las diferencias ligadas al sexo biológico, sino que se relacionan con los roles y estereotipos de género.

Adoptar la perspectiva de género en el campo de la salud implica necesariamente vincular la división por sexo del trabajo y el poder con los perfiles epidemiológicos de una población y con las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud (Gómez Gómez, 2002).

La equidad de género se refleja en niveles de salud y bienestar comparables en mujeres y hombres, no solo entre sí, sino en relación con los niveles alcanzables en poblaciones específicas,

esto es, los niveles de salud de las mujeres y los hombres de los grupos de mayor privilegio social. Por lo tanto, debemos estudiar los perfiles epidemiológicos, que son exclusivos para cada sexo, y en cada padecimiento la incidencia mayor según el tipo de tareas y roles que se les asignan de acuerdo a la socialización de género. Las inequidades se reflejan así en los roles de género: el rol reproductivo se ha dejado para la mujer, y el rol productivo para el hombre, mientras que los roles de gestión comunitaria están representados por los dos sexos, pero de manera distinta: las hombres ocupan puestos de poder, están involucrados en la toma de decisiones, mientras que las mujeres están involucradas en los puestos de trabajo y cuidado hacia la comunidad. Dentro de los mismos roles, se ven diferencias, como se mencionó anteriormente. En el rol productivo se reconoce más la labor del hombre, y de igual forma en el rol reproductivo se valora más cuando un hombre es padre soltero que cuando la mujer es madre soltera.

La percepción de la salud también es diferente en hombres y en mujeres. Mientras que ellas priorizan el cuidado de los otros –niños, adultos mayores, parejas– (Pautassi, 2007), dejando muchas veces de lado el propio cuidado de la salud, los varones en cambio, siguiendo los mandatos de la masculinidad hegemónica (Gilmore, 1994), generalmente no prestan atención a su propia salud excepto cuando están enfermos.

Por otra parte, los hombres tienen conductas menos saludables respecto al consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, drogas ilegales). Además, sufren discapacidades desde edades más jóvenes. Esta situación respecto de su salud se relaciona con las mayores prácticas de riesgo que asumen desde los modelos tradicionales de masculinidad. Por el contrario, los hombres practican más deporte y duermen más horas que las mujeres, con los beneficios para la salud que ello conlleva.

En los últimos años, se están empezando a visibilizar las condiciones en que las mujeres realizan diversos trabajos (en el hogar y en el mercado laboral). Pero generalmente sus trabajos están peor remunerados, peor valorados, con dobles y triples jornadas, y siguen siendo las cuidadoras principales, formales e informales, de las personas dependientes (de la niñez, de las personas mayores, de las enfermas y de las que tienen discapacidades). Por supuesto todo ello repercute muy negativamente en su salud.

En la atención de la salud, la equidad de género implica que los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres (Gómez Gómez, 2002); y que los servicios se brinden y reciban según las necesidades particulares de cada sexo, independientemente de la capacidad de pago.

En cuanto a la gestión y toma de decisiones, es necesaria la incorporación del enfoque de género en la programación, ejecución y monitoreo de las políticas que se implementen en salud.

Para una adecuada toma de decisión en todos los niveles de la gestión en salud incorporando un enfoque de género se debe, por un lado, evaluar la viabilidad de incluir componentes y/o transversalidad de género de los planes, programas y acciones. Y por el otro, propiciar la existencia de áreas gubernamentales de monitoreo y/o ejecución para poder negociar al interior de los gabinetes al más alto nivel de decisión. Requiere, además, una participación igualitaria de mujeres y hombres, particularmente de los sectores de menores recursos, en la toma de decisiones sobre la definición de prioridades y la asignación de recursos, públicos y privados, necesarios para asegurar la salud. También es importante prever la existencia de mecanismos establecidos de control social de gestión en los cuales los grupos de defensa de derechos tengan voz y voto e identificar aliados.

Los trabajos sobre las interrelaciones entre género y salud ponen en evidencia que cuestiones de poder, de desigualdad de género, de violencia y opresión sexual, de negación de derechos deben ser entendidos en última instancia como la causa principal de prácticamente muchos problemas. Desde esta perspectiva, dichas cuestiones no podrían ser entendidas prescindiendo de su constitución histórica ni del actual contexto de profundas transformaciones sociales a nivel global y local.

Los servicios de salud deberían tener en cuenta estas desigualdades específicas y reconocer cuánto influyen las diversas condiciones de existencia para proveer servicios diferenciales que faciliten el control de la salud y las posibilidades de elección de mujeres y varones (un paso más allá son los servicios amigables para las personas trans). Esta perspectiva de género(s) brinda entonces la posibilidad de intentar comprender cuáles son las lógicas culturales y sociales que operan como obstáculos para el acceso a la salud.[9]

Debido a ello no siempre son eficaces iguales estrategias –en contextos diversos– a fin de generar formas de vida saludables. Se trata de visualizar que condiciones de existencia particulares ameritan intervenciones ajustadas a las mismas, es decir que realidades más equitativas solo pueden construirse desarmando las tramas de poder que oprimen un género por sobre el otro.

Es en este sentido que debemos introducir la idea de equidad para pensar las intervenciones salud, considerando que los determinantes diferenciales por género de los procesos salud-enfermedad-atención impactan en varones y mujeres de manera particular.

Estrategias socio-sanitarias que no tengan en cuenta este nivel de diversidad, es decir que sostengan que varones y mujeres requieren siempre de manera idéntica las mismas cosas, no podrán ser efectivas y correrán el riesgo de reproducir relaciones asimétricas de poder.

[9] En el caso de las personas transgéneros esta situación se complejiza y las y los coloca en condiciones de vulnerabilidad en diversos aspectos de sus vidas, principalmente en el acceso a la educación, la salud y a conseguir un trabajo digno, por fuera de las actividades marginales. Pensar otras identidades de género nos permite visualizar situaciones muy diversas de vulneración de los derechos humanos en general y del derecho a la salud en particular.

El enfoque de género, como perspectiva de derechos humanos, tiene como objetivo último lograr mayores grados de equidad y justicia social entre varones y mujeres, en tanto tiende a cuestionar representaciones sociales y permite reflexionar sobre la posibilidad de pensar estos temas desde una posición más crítica, intentando alejarnos de ciertos mandatos socioculturales y las relaciones sociales que los reproducen, tendiendo a lograr mayores grados de democratización en las instituciones sociales.

Capítulo 3

La accesibilidad

En este capítulo se abordan los principales conceptos teóricos desarrollados en la presente investigación, fundamentalmente el concepto de accesibilidad a la salud. Se analizan las diversas dimensiones que lo integran, tratando de abarcar al concepto en toda su complejidad. Luego se analiza la accesibilidad simbólica, considerada como el encuentro entre las personas consultantes y los trabajadores y trabajadoras de la salud, profundizando en este vínculo particular. Por último, se describen las barreras a dicha accesibilidad, que surgen producto de ese encuentro y en el que intervienen diversas representaciones sociales.

3.1. La accesibilidad a la salud

La accesibilidad, como concepto utilizado por los investigadores y técnicos del Sistema de Salud, surgió en la década del 60 en momentos en que se otorgó importancia a los instrumentos técnicos dentro de la Salud Pública. Fue el momento en que se acordó la necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos (en el marco de la Alianza para el Progreso). A partir de ahí es que se planteó el crecimiento por áreas y la de salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta. Esta preocupación por el "desarrollo social" partía de la base de que sería necesario crédito externo y tiempo para poder igualar a todos los países del mundo (Stolkiner et al., 2006).

Haciendo una revisión sobre el tema, la accesibilidad aparece definida por Gabriela Hamilton como "la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole" (cit. en Comes y Stolkiner, 2004). Otero y Otero, por su parte, desarrollan formulaciones más estadísticas, estableciendo el cociente entre "Número de establecimientos de salud que ejecutan programas y Número total de establecimientos x 100" (cit. en Comes y Stolkiner, 2004). El Instituto Centroamericano de la Salud la define como "la condición variable de la población de poder utilizar los servicios de salud".[10]

En otras investigaciones realizadas en nuestro país (Engelman, 2006), la accesibilidad aparece abordada desde un enfoque de derechos de los ciudadanos y ciudadanas que está garantizada por el Estado y la ley. Siguiendo recomendaciones de la OPS, la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires considera que tanto la accesibilidad a los servicios de salud como la dignidad en la atención son condiciones que deben cumplirse para garantizar la extensión de la protección social en salud (EPSS) con el objetivo de reducir al máximo desigualdades

[10] Disponible en http://www.icas.net/modulo4.htm

evitables en la cobertura, acceso y utilización de servicios. La EPSS se centra en fortalecer la capacidad de los Servicios de Salud y reducir, con ello, las barreras de exclusión (OIT, OPS/OMS, 2002). Para que la EPSS pueda funcionar deben cumplirse tres condiciones: la accesibilidad a los servicios, la seguridad financiera y la dignidad en la atención. Cuando una –o varias– no se cumple, se determina una situación de exclusión en salud.

La accesibilidad a los diferentes niveles, según ciertos autores, se refiere a la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, es decir, es responsabilidad de la oferta. Otros la definen como el proceso por el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud. Esto depende tanto del servicio brindado como de las personas que lo utilizan.

El concepto de accesibilidad a los sistemas de salud fue definido también como "la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable" (Chiara et al., 2010: 18).

Otros autores profundizan aún más en el concepto de accesibilidad. Así, Wallace y Enríquez-Haas (2001) estudian las tres dimensiones que contribuyen a una distribución social equitativa, para analizar el acceso a los servicios de salud: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad. La disponibilidad refiere a la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas de la población, mientras que la accesibilidad refiere a la existencia de medios para acceder a los servicios en cuestión. Finalmente, los servicios deben responder a las necesidades y valores de los consumidores, de manera que estos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente. La aceptabilidad de los servicios de salud suele estudiarse a través de la satisfacción que manifiestan los consumidores. La OMS

> organiza estas tres dimensiones en una jerarquía lógica, en la cual primeramente debe existir disponibilidad; luego las personas tienen que tener los medios para utilizar los servicios (accesibilidad) y, finalmente, los servicios deben responder a las necesidades y valores de los consumidores, de manera que los motiven a utilizarlos apropiada y dignamente (aceptabilidad) (Chiara et al., 2010: 18).

Concretamente, el concepto de accesibilidad a la salud remite a diversos aspectos. El acceso a la salud contempla: el acceso a la información, a la educación, a la orientación, a los servicios de salud, a los insumos, a los tratamientos, a los derechos y a los medios que les permitan a los ciudadanos ejercer estos derechos.

Siguiendo a Comes (2006), se recupera en esta investigación el concepto de accesibilidad ampliada. Cuando se piensa en accesibilidad, habitualmente se lo hace como la posibilidad de ser atendidos (Comes, 2006), que sería lo que se denomina accesibilidad inicial, es decir el ingreso al sistema. Pero también hay una "accesibilidad ampliada", que es un concepto que abarca todo el proceso de atención en salud.

3.2. Dimensiones de la accesibilidad

La mayoría de los autores describen diversas dimensiones que integran el concepto de accesibilidad, que pueden condicionar o bien pueden constituirse en barreras al acceso, externas al individuo. Estas dimensiones son: geográfica, económica o financiera, organizacional, cultural y simbólica.

Para definir la accesibilidad geográfica se considera el concepto de "acceso a servicios de salud" del PNUD: "es el porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales" (Comes, 2003).

Hamilton considera que este principio de accesibilidad tiene que ver con la distribución y la localización de los servicios, la anulación de barreras limitantes, es decir un componente fundamental del concepto de cobertura, y supone la existencia de una oferta oportuna y sistemática de los servicios adecuados a la cantidad y a la estructura del volumen, a las características de las necesidades de la población y a la naturaleza de las necesidades o problemas de la población en materia de salud (Stolkiner et al., 2006).

El concepto de accesibilidad económica o financiera se refiere a la proporción del gasto en salud cubierto por el sistema sanitario, es decir, expresa la protección financiera que permite liberar a los individuos del gasto de bolsillo. También implica la disponibilidad de recursos financieros por parte de la población para solventar los gastos directos (medicamentos, aranceles, copagos, etc.) o indirectos (transporte, lucro cesante) que representa el cuidado de la salud.

Incluso en los sistemas públicos de cobertura universal y gratuita, la atención médica implica gastos directos para la población beneficiaria. Por este motivo, se puede considerar la existencia de barreras financieras en el acceso a la salud (Comes, 2004). La accesibilidad financiera es una función directa del gasto público en salud. Como este registra un comprobado impacto redistributivo (en particular la atención primaria), es de esperar que a mayores niveles de gasto público mayor accesibilidad de las personas con bajos recursos económicos a los servicios de salud, y consecuentemente, menores niveles de exclusión. De la misma forma, cuando el gasto privado es mayor que el público, esto indica que la financiación de las acciones sean menos equitativas y mayor la exclusión (Hamilton, 2001).

Algunos autores diferencian una dimensión organizacional, llamada también burocrática, que refiere a la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema o interconsultas, tiempo de espera, etc.

La dimensión cultural es definida como

> los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que estas variables como las características socio-sanitarias de las distintas etnias respecto a la población total, así como también la utilización de la medicina tradicional, el curanderismo y la automedicación, entre otras modalidades que deben ser estudiadas a título complementario (Comes, 2004).

Es decir, expresa la "posibilidad de consumo de un servicio, derivada por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales".

Comes y Stolkiner (2004) introducen el concepto de accesibilidad simbólica para definir la relación, el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, el cual surge de una combinatoria entre las "condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Stolkiner et al., 2000). De esta forma, los sujetos y los mismos servicios reproducirían saberes construidos, percepciones y representaciones que favorecen o dificultan la posibilidad de acceso a los servicios.

Como se retomará más adelante, es necesario distinguir estas dos últimas dimensiones –cultural y simbólica–, ya que no serían lo mismo:

> En primer lugar, no se podría afirmar que en las sociedades occidentales u occidentalizadas posean todos los sujetos el mismo acervo cultural. Dentro de un mismo grupo social existen diferentes culturas. En segundo lugar, el concepto de "universo simbólico" alude a una construcción subjetiva (producto del todo social, biológico, humano y relacional) y se desenvolvería en un nivel preconsciente del individuo (Comes, 2004).

Llegados a este punto es posible establecer que el acceso a la atención a la salud implica la utilización equitativa de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades de las personas. De esta forma, en la conceptualización de accesibilidad observamos dos actores sociales: por un lado, los sujetos que requieren de los sistemas de salud; y por otro, los servicios –y los trabajadores que los integran– que estos sistemas brindan, en cuanto a la disponibilidad para dar respuesta a la necesidad de atención. De esta manera, aparecen en juego aspectos subjetivos tales como las percepciones que las personas tienen con relación a la atención de la salud, así como otras variables como la etnia, la clase social y las relaciones entre los géneros.

Por ello, es fundamental tener en cuenta estos contextos que influyen en los modelos de atención y las practicas asociadas, como se desarrollará en los siguientes apartados.

3.3. Accesibilidad simbólica

La dimensión cultural de la accesibilidad refiere a las posibilidades de consumo de los servicios de atención vinculadas y guiadas de acuerdo con actitudes, hábitos y prácticas que tienen su origen en creencias y en la educación (Comes, 2003). Como el proceso institucional se basa en una relación social entre los trabajadores de la salud y la población usuaria del sistema, la dimensión cultural afecta a ambos.

Algunos autores han introducido una discusión y ubican una variante a la dimensión cultural, añadiendo una nueva noción o categoría sobre el tema. Stolkiner introduce el concepto de accesibilidad simbólica. De acuerdo con esta autora, en sus inicios la accesibilidad fue definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población, es decir que este concepto fue entendido como un problema de la oferta y desde esta visión era necesario eliminar las barreras que se pudieran interponer. Stolkiner sostiene que

> el problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso (Stolkiner et al., 2006).

De esta manera, define a la accesibilidad simbólica como la relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Este vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios surge de una combinatoria entre las "condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Stolkiner et al., 2000: 58).

Así la accesibilidad poseería una dimensión subjetiva que, por un lado, determina la posibilidad de acceso a los servicios de salud de los sujetos (en el caso de esta investigación, las mujeres) en cuanto a saberes construidos, percepciones y representaciones sociales. Por otro lado, los servicios de salud (sus trabajadores/as) también, mediante acciones e inacciones, modos de estructurar la oferta, discursos que los trabajadores y decisores producen y/o reproducen construyen modelos particulares de acceso.

El vínculo entre el equipo de salud y las personas, al cual muchas veces se encuentra como relación médico/paciente, juega un papel central en el acceso, ya que este encuentro social está precedido de supuestos acerca de la condición de clase, étnica y de género de cada uno de los participantes.[11]

Así, las mujeres y los mismos servicios/organizaciones reproducen saberes construidos, representaciones sociales y representaciones que favorecen o dificultan la posibilidad de acceso a los lugares de recuperación.

Al indagar en los discursos de las mujeres se advierte, como se mostrará en los próximos apartados, cómo diversas "barreras" se interponen en la atención y en el cuidado de su propia salud.

3.4. Barreras culturales y simbólicas

La imposibilidad de concretar ese encuentro, ese vínculo entre sujetos y servicios, lleva a la falta de acceso a la atención de la salud. Prácticamente todos los autores coinciden en que cuando alguna de las dimensiones de la accesibilidad se transforma en un obstáculo, se lo denomina "barreras a la accesibilidad".

Las barreras geográficas se refieren a las dificultades para desplazarse a los servicios de salud. Las barreras organizacionales se definen como las normas y valores que tienen que ver con la rectoría, el financiamiento y el aseguramiento de los servicios de salud que condicionan negativamente la red de provisión. Las barreras económicas se refieren al déficit de la capacidad adquisitiva de las personas para movilizarse hasta los lugares de salud, en relación a las tarifas o precios de los servicios y/o medicamentos.

Por su parte, las barreras culturales se establecen cuando se ponen en juego diferentes culturas –y sus costumbres– entre el personal de los servicios y la población (Stolkiner et al., 2006). Estas barreras se instalan cuando los hábitos, las prácticas, las actitudes y creencias de los sujetos dificultan el acceso a un servicio (Comes, 2001). Por ejemplo, las distintas percepciones que los sujetos pueden tener acerca del concepto "salud-enfermedad", "cuidado-autocuidado", la utilización de

[11] Diversas investigaciones han dado cuenta del vínculo médico-paciente como un factor importante en la adherencia a los tratamientos (Pecheny y Manzelli, 2002). En especial se ha investigado respecto de los tratamientos por VIH/sida, en los cuales se han descrito barreras subjetivas que se reflejan en prejuicios hacia los consumidores de drogas, gays y travestis. Como muestran Pecheny y Manzelli (2002), los prejuicios de los médicos no son respecto a las patologías (como VIH y VHC) sino sobre las prácticas de riesgo asociadas a la infección –ejemplo de ello son las prácticas sexuales en gays y travestis, las prácticas de consumo de drogas. En ese estudio quienes resultaron más estigmatizados fueron los UDs (consumidores de drogas), seguido de las travestis y los gays; y en mucha menor medida sufrían algún tipo de discriminación los heterosexuales que contrajeron la enfermedad por vía sexual o transfusión de sangre.

medicina tradicional y no tradicional (Menéndez, 2003) y también las relaciones entre los géneros son consideradas barreras simbólicas que afectan la accesibilidad a la atención en salud.

Finalmente, existirían barreras simbólicas si consideramos que las representaciones sociales también pueden constituirse en barreras. Por ejemplo, el ideario estigmatizante acerca del consumo de drogas se reproduce en los discursos y condiciones de los Servicios de Salud, y esto puede constituirse en una barrera a la accesibilidad (Comes, 2006).

Dentro del gran espectro de variables y condiciones que intervienen en el acceso o barreras a la atención de la salud, se encuentra la relación entre el trabajador de la salud y el sujeto que consulta (generalmente conocida como relación médico/paciente), que juega un papel central. Este encuentro social está precedido de supuestos por la condición de clase, étnica y de género de cada uno de los participantes.

La persona que demanda la consulta lo hace con una historia social implícita. El encuentro social entre el trabajador de la salud y el consultante se da mediante una relación de poder, una de cuyas manifestaciones es la información desigual entre ambos.

Otros autores rescatan los momentos en los cuales ambos sujetos en la relación colaboran para resolver problemas de enfermedad o cuando los pacientes o consultantes resisten de diferentes formas el poder médico. Las estrategias utilizadas por el paciente dependerán de sus antecedentes sociales y familiares, nivel de conocimiento, mayor poder social, étnico o de género (Hernández, 2005).

En este sentido resulta pertinente retomar la conceptualización que realiza Menéndez cuando introduce el concepto de interculturalidad en salud. Este autor sostiene que todos los conjuntos sociales realizan frente a los padecimientos diferentes estrategias, que incluyen significaciones y prácticas producto de las representaciones socioculturales de su grupo y también las experiencias particulares de los sujetos (Menéndez, 2003b). Desde su perspectiva, se considera como modelos o formas de atención no solo las actividades propias de la biomedicina, sino también "aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado" (Menéndez, 2004).

Por lo tanto, las distancias culturales existentes entre el profesional de la salud (servicios de salud) y los sujetos y grupos que concurren a la atención suelen ser muy grandes, y la relación que se establece entre ambos es compleja. Sin embargo, Menéndez (2003b) afirma que no se puede reducir la interculturalidad exclusivamente a sus aspectos culturales, ya que invisibiliza la existencia de procesos socioeconómicos que impiden establecer relaciones interculturales respetuosas y equitativas. De este modo,

> la práctica en salud debe situarse en una arena social y cultural específica en la que conviene considerar variables como la etnia, la ciudadanía, la religión, la orientación sexual y las relaciones de género, el conocimiento del idioma, el grado de alfabetización y la clase social (Bruno et al., 2010).

Para que cada prestación se lleve a cabo, una serie de supuestos se ponen en juego. Existe una distancia profunda entre la formación médico-clínica y las necesidades de comprensión del entorno del enfermo. Los relatos del paciente y de su entorno, las valoraciones e interpretaciones que tiene acerca de su estado general de salud o de sus padecimientos, han perdido valor en la práctica médica. Esto lleva a

> reflexionar acerca de cómo los profesionales de la salud realizan su trabajo, a poner en duda el sentido de las respuestas, así como analizar críticamente su formación académica, las reglas de las instituciones de salud de las que forman parte, así como su inserción socio-económica y cultural (Bruno et al., 2010).

En el marco de estos procesos es que se ha comenzado a pensar la interculturalidad en el ámbito de la salud. Este concepto, trabajado en sus inicios desde la antropología, en América Latina ha contribuido a pensar y reflexionar sobre el proceso salud-enfermedad-atención.[12] Los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan representaciones y prácticas distintas a las de los equipos de salud, principalmente los profesionales médicos. Estas diferencias reducen la posibilidad de una relación complementaria entre ambos. Menéndez (2006) entiende que en ocasiones la incomprensión no surge solamente del desconocimiento de esas representaciones y esas prácticas diferentes, sino de visiones arraigadas en nuestra cultura que establecen una jerarquización de sujetos y grupos humanos, estableciendo una barrera entre un supuesto "nosotros" y "los otros". Estas visiones incluyen rasgos asociados a la estigmatización –como el estereotipo y la discriminación– que tienen consecuencias en el acceso a los servicios de salud, en términos de la percepción negativa que los equipos de salud puedan tener acerca de lo que piensan y hacen "los otros" (Bruno et al., 2010).

Además, siguiendo a Menéndez, existen toda una serie de situaciones y problemas que refieren a procesos de dominación, exclusión, de estigmatización impulsados por procesos socioeconómicos que impiden establecer relaciones interculturales simétricas.

Es fundamental reconocer que el proceso de salud-enfermedad-atención está ubicado en un contexto social y cultural en el que intervienen variables como la etnia, la ciudadanía, la religión, la orientación sexual y las relaciones de género, el idioma, la clase social, la educación, y que todas estas variables se ponen en juego cuando se habla de acceso a la atención de la salud.

---

[12] La construcción del concepto salud-enfermedad-atención no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad (Menéndez, 1988).

A todo esto remite el concepto propuesto por Stolkiner –la accesibilidad simbólica al sistema de salud– como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Como se ha mencionado anteriormente, la estructura de clases sociales y los saberes adquiridos por los trabajadores de la salud establecen distancias que muchas veces se transforman en barreras al acceso a la atención en salud. En este sentido es importante indagar que representaciones sociales están presentes en el vínculo mencionado y que operan obstaculizando dicho acceso.

De acuerdo con Pawlowicz et al. (2006), se despliegan principalmente dos líneas de sentido de las representaciones sociales acerca de los consumidores de drogas, "por un lado se los identifica como delincuentes y por otro como enfermos; produciendo y reproduciendo procesos de normativización y estigmatización de los consumidores de drogas" (Pawlowicz et al., 2006). Se considera al usuario de drogas como alguien peligroso, autodestructivo y despreocupado respecto de su salud (Touzé et al., 1999). Esta ecuación se asocia con el modo en que se ha problematizado en estos últimos años la cuestión de las "drogas" como un tema que el Estado debe atender, vinculándolo al empobrecimiento de amplios sectores y al creciente fenómeno de la inseguridad ciudadana. Estas representaciones reflejan e incrementan la construcción social estigmatizante del consumo de drogas como delito.

Por otro lado, la mayoría de los profesionales de la salud se refieren a los consumidores como pacientes, remitiendo así a la idea de enfermo (Pawlowicz et al., 2006). La denominación de "enfermo" aplicada a el/la consumidor/a de drogas lo instaura como objeto de intervención de las prácticas de salud mental. Así se medicaliza la vida cotidiana y se busca regular el comportamiento considerado "desviado" de la norma (Conrad, 1982; Conrad y Schnaider, 1985).

Por lo tanto, las representaciones sociales acerca de los consumidores de drogas –y de las mujeres consumidoras en particular– tienen efectos en las relaciones de los trabajadores de la salud con ellos, más allá de la formación académica específica que estos tengan acerca del tema del consumo de drogas. Las imágenes, estereotipos y prácticas que forman parte de esos saberes de la vida cotidiana tienen efectos en los vínculos y en los procesos de salud-enfermedad-atención.

Esto ha sido demostrado en algunos estudios (cf. Pawlowicz et al., 2006) que revelan que las percepciones que tienen los profesionales de la salud muestran una fuerte presencia de estereotipos referidos a el/la consumidor/a de drogas como "desviado/a social". Estas interpretaciones o representaciones sociales pueden traducirse a su vez en las prácticas, produciendo efectos de rechazo podrían contribuir en la construcción de barreras de accesibilidad simbólica. Estas "percepciones asociadas a la estigmatización" se reproducen tanto en los discursos como en las condiciones de los servicios y plantean la necesidad de realizar transformaciones no solamente en la formación, sino también en los modelos de atención, lo que implica como punto de partida la reflexión acerca de los diferentes factores que pesan en la adecuación o inadecuación de

las prácticas. Factores que van más allá de la sensibilización personal de los profesionales en relación con determinados procesos socioculturales. Plantear una atención intercultural implica la necesidad de un cambio profundo relacionado con la capacidad de analizar la formación adquirida y la lógica de las instituciones de salud, analizar las prácticas y saberes de todos los sujetos y grupos (incluidos los mismos integrantes de los equipos de salud) insertos en contextos socio-económicos y culturales más amplios. Se trata de un cambio complejo, ya que significa recorrer un camino distinto que permita que, sin sacrificar la eficiencia, las habilidades de los integrantes del equipo de salud se adecuen a la resolución de los problemas de quienes demandan ayuda y no al revés.

Los roles de género actúan también en el imaginario social, estableciendo representaciones sociales muy particulares acerca de las mujeres que usan drogas, como abordaremos en el siguiente capítulo.

Capítulo 4

Las mujeres y los servicios de salud

Pensar a las mujeres y las necesidades específicas que tienen cuando acceden a los servicios o tratamientos implica indagar algunos temas propios de su realidad que también pueden transformarse en barreras a la hora de concretar el acceso a los mismos.

Las distintas representaciones sociales que las mujeres pueden tener acerca del concepto salud-enfermedad, cuidado-autocuidado, la utilización de la medicina tradicional y no tradicional, la valoración de la recuperación en el ámbito doméstico, las relaciones entre los géneros, el diseño de los servicios y de los tratamientos, la discriminación, la violencia y la maternidad pueden actuar muchas veces como barreras simbólicas que afectan la accesibilidad a la atención en salud. Estas barreras culturales y simbólicas dificultan el acceso a la atención de la salud.

Según los discursos de las mujeres entrevistadas, se encontraron diversas formas que adquieren estas barreras simbólicas y que se describirán en este capítulo.

4.1. Las representaciones sociales de las mujeres

Al analizar cómo el hecho de ser mujer influye en la posibilidad de acceder –o no– a los servicios de atención y/o los tratamientos, es necesario primero intentar entender cómo es el vínculo de las mujeres con los servicios e instituciones de salud.

Significativamente, casi la mitad de las entrevistadas manifestaron no concurrir con frecuencia al médico. Algunas mujeres dijeron concurrir a los servicios de salud principalmente para llevar a sus hijos/as. Y muchas relatan sus experiencias en servicios de atención de la salud vinculados con los lugares u organizaciones donde están transitando su recuperación del consumo de drogas. Fue recurrente la mención de haberse "dejado" o abandonado en cuanto al cuidado de su salud.

E- No, no soy amante de los médicos yo, no me gustan…
P- ¿Y si necesitás ir al médico adónde vas, dónde te atendés?
E- Te digo la verdad, hace tanto que no voy a un médico (se ríe)
(Alejandra, 27 años)

E- Eh…en Capital hay más que nada como salitas, se le dice, que bueno, yo me atendía en la Sala Número 3, ahí, bueno, eso por alguna emergencia, sino tenía el Hospital Santojanni y recurría ahí más que nada, pero…

P- ¿Sos de ir al médico?
E- No, a eso voy, como que no iba, si iba por alguna emergencia, a eso nada más… hace años que no me hago un estudio, no…
P- ¿Por qué?
E- Por… por el mismo consumo, no…, me dejé mucho.
(Melanie, 17 años).

E- Al Hospital Ramos Mejía, ahí lo llevaba a Cristian [su hijo] pero yo controles casi no me hacía, no me hice controles de nada.
P- ¿Y él nació ahí?
E- No, Cristian nació en el Hospital de Clínicas. Pero nace antes de mi consumo, de empezar a consumir yo.
P- Ahá.
E- O sea, yo… mi embarazo y quizás hasta el año y medio de mi hijo yo no consumía.
(…)
P- ¿Y por qué te parece que las mujeres no vamos al médico? No vamos mucho.
E- Yo creo que pasa por una dejadez, un me veo, me siento bien y estoy bien, sin pensar en cómo estás, o sea internamente.
(Carla, 22 años).

Casi la totalidad de las entrevistadas dijeron utilizar los servicios públicos de salud. Solo una mencionó tener un plan de medicina prepaga y otra una obra social.

P- ¿Dónde te atendés por temas de salud?
E- En el Carrillo, nos atienden a la comunidad, en el hospital… queda adentro del Hospital Rivadavia, el Carrillo.
(Débora, 39 años).

E- Tengo Unión Personal. Por esa cobertura médica estoy aquí… me cubre esta interna… este tipo de abordaje terapéutico.
(Patricia, 47 años).

En relación a los tratamientos y a los servicios especializados en la atención del consumo problemático de drogas, existe una multiplicidad de respuestas. Desde las históricas dadas a los problemas de salud mental basadas en la internación y la reeducación de los sujetos hasta los tratamientos grupales y los ambulatorios. Si bien muchos profesionales consideran que esta diversidad permitiría adecuar los tratamientos a las características de "cada caso", sin embargo, y paradójicamente, los consumidores de drogas son "pacientes que han circulado por muchos tratamientos". Al mismo tiempo, los distintos dispositivos no están articulados como un siste-

ma. En cuanto a la asistencia profesionalizada, existen tratamientos que requieren internación y los de modalidad ambulatoria. En relación a los del primer tipo, se encuentran los hospitales psiquiátricos y los centros especializados, del ámbito público o privado. Los centros especializados concentran en sí mismos distintos tipos de dispositivos que abarcan desde el encierro hasta el tratamiento ambulatorio, pasando por un área de reinserción social (que implica el reingreso de los "pacientes" con internación prolongada a su vida cotidiana). En muchos estudios se plantea la dificultad de estos dispositivos, ya que es complicado para los "pacientes" volver a vivir en su lugar de residencia luego de estar internados durante un tiempo prolongado en un ambiente controlado y alejado de su realidad. Los tratamientos ambulatorios estarían indicados para los consumidores de drogas que sostienen actividades cotidianas no relacionadas con su consumo. Encontramos allí una gran heterogeneidad de alternativas terapéuticas: tratamientos individuales, grupales y hospitales de día, implementados como dispositivos únicos o en forma combinada, como sucede en algunos centros especializados, como etapas graduales del proceso (ingreso o admisión, internación y rehabilitación). La diversidad de dispositivos institucionales para la atención de los consumidores de drogas reproduce la fragmentación del sistema de salud en el país y la heterogeneidad institucional propia del campo de la salud mental.

En general las representaciones sobre los espacios o servicios de recuperación que tenían las entrevistadas antes de ingresar a los tratamientos, y vinculados principalmente a los lugares de internación, estaban asociados a lugares de encierro como cárceles, con personas con guardapolvos o uniformes.

E- Y en realidad pensé que, que…en un momento como que tuve miedo, ¿no?, de… de decir bueno tal vez es como la cárcel, ¿viste?, tengo que estar peleando por mis cosas, eh…
P- ¿Y era como te imaginabas?
E- No, nada que ver.
(María, 35 años).

E- Ay, no, me lo imaginaba horrible, como una cárcel, con gente que te maltrataba, como carceleros, no, todo lo contrario, todo lo contrario. Yo me siento muy cómoda, a pesar de que mis ganas de irme a mi casa, sí, las sigo teniendo, tengo ganas de estar al sol, ¿viste?
(Alicia, 63 años).

También continúa en el imaginario el modelo de las granjas como lugares de recuperación.

E- No, no imaginaba una casa, imaginaba un lugar amplio, abierto. No digo que esto sea chico, digo…
P- ¿Más tipo granja?

E- Claro. Te dicen la palabra "granja" y vos ya te imaginas el chanchito…
P- Un campo.
E- Claro, por supuesto.
P- Y cuando vos llegaste acá, nada que ver…
E- Nada que ver, sí. Me costó un poquito adaptarme, pero creo que lo logré.
(Patricia, 47 años).

Al profundizar en las entrevistas con las mujeres, ellas dijeron que cuando llegaron a los lugares se encontraron con realidades muy alejadas a esas representaciones iniciales.

Como se mencionó anteriormente en relación a las representaciones sobre las y los consumidores de drogas, en general se encuentran dos grandes tipos de representaciones sociales acerca de ellos/as. Por un lado se los identifica como delincuentes y por otro como enfermos (Pawlowicz et al., 2006).

En las entrevistas se indagaron estas representaciones sociales acerca de los consumidores de drogas en general y de las mujeres consumidoras en particular y cómo estas representaciones pueden constituirse como barreras simbólicas a la accesibilidad a la atención de la salud.

> La importancia de estudiar los discursos sobre la drogadependencia radica en la necesidad de avanzar en el conocimiento de la medida en que dichas construcciones condicionan la utilización de los servicios de salud, por parte de los consumidores de drogas (Comes, 2006).

Así, la estigmatización acerca del consumo problemático de drogas muchas veces se reproduce en los discursos y en las condiciones de los servicios de salud y esto puede constituirse en una barrera a la accesibilidad.

En este punto surgieron significativamente las diferencias de género existentes en relación a la tolerancia social con respecto al consumo de drogas entre varones y mujeres. En los relatos aparece la sanción social que ellas recibieron por ser consumidoras mujeres, tanto por parte de varones como de otras mujeres también.

E: La mujer está peor vista.
P- ¿Por qué te parece?
E- Bueno, por el lugar que ocupamos las mujeres. Somos una sociedad machista y el hombre que "Ay, mirá, se tomó un traguito, viste, se tomó esto", queda a lo mejor hasta entre ellos bien, pero una mujer jamás, nunca queda bien, nunca, al contrario, la denigra, y es espantoso, la mujer con consumo, y bueno un hombre también, yo no soporto a ninguno de los dos, pero te quiero decir cómo lo ve la sociedad.
(Galdys, 65 años).

E- Puede haber diez hombres, diez varones consumidos, y una mujer y te dicen: "Mirá la mujer". Totalmente.
P- ¿Y al varón porque no?
E- Y al varón por esto de que ya es descuidado, de que ya es, no sé, es más normal, no sé por qué. La mujer como que intenta tapar eso desde un punto, desde algún lado, pero no, se ve, se nota, y más cuando ya está en consumo.
(Melanie, 17 años).

Esta sanción es aún mayor cuando la mujer es madre y/o está embarazada, a diferencia de lo que ocurre con los varones padres.

E- No, siempre la mujer se ve peor pero por una cuestión de la madre, la madre tendría que estar, pero eso no lo digo yo, pero a lo mejor alguno que sepa que soy madre, dice: "Este cachivache en vez de estar con Joaquín…
(Débora, 39 años).

E- No. No, yo estando ahí en la villa, había muchas chicas que estaban en consumo, embarazadas, y a mí, ponele, me echaban de ahí porque claro, yo no pertenecía, ¿viste?, y aparte se sabía que yo tenía una hija y entonces me mandaban "Andá, andá con tu hija, ¿qué hacés acá?", ¿viste?, es más, me querían fajar por el tema de haberme quedado ahí…
(María, 35 años).

P- Estando embarazada o teniendo hijos, ¿cómo las ven?
E- Yo creo que la sociedad lo ve como que no sirven para nada y que no saben hacer nada. "¿Y por qué no se mueren de una vez?", una vez escuché eso en la calle, "¿y por qué no se muere de una vez?"
(Carla, 22 años).

Entre las asociaciones relatadas sobre las mujeres consumidoras las mencionadas fueron: mujer "regalada" o dispuesta a prostituirse por poco (fue muy notoria la suposición de la pérdida de derechos por estar en consumo); la mujer vista como abandonada, dejada en su cuidado personal por el consumo; la mujer como objeto de intercambio, ya sea por sexo, por droga, por dinero o por protección de un tercero (generalmente varón). Los prejuicios también se vieron reflejados en los propios relatos de las mujeres.

E- Y… qué sé yo, me parece principalmente porque, por la sociedad que vivimos, que bueno, que la mujer siempre está como posicionada en un lugar de objeto y todo, entonces consumiendo, por el mismo entorno, de alguna u otra manera siempre terminas prostituyéndote, o por droga, o por dinero o por cuidado… (Haciendo referencia a la protección)
(Gabriela, 30 años).

E- Y, la gente malinterpreta, a veces las ve en consumo y dice: "Ay, mirá esa piba, linda piba, y está en la calle, y los chabones te tocan… los camioneros, o la gente, los pibes que están en la calle o los chabones grandes piensan que le das $5 capaz y se la voltean a la piba por $5 porque, porque son así, ¿entendés?, porque están en consumo y porque están así, ¿viste? (María, 19 años).

P- ¿Cómo te parece que se ve a una mujer que consume?
E- Muy triste, para mí muy triste, yo…
P- ¿Y a un varón?
E- No, el varón no es que… no es que es triste, pero el varón es distinto, es distinto.
P- ¿Por qué?
E- Porque como que uno está acostumbrado, no sé, será la costumbre, o antes vos no veías a mujeres en la calle, hoy las ves y las ves mujeres, las ves adolescentes, las ves niñas, y es triste porque el hombre, yo sé que está mal, bueno, para consumir va a robar, está mal, pero es triste que la mujer para consumir tenga que prostituirse.
P- ¿Y eso es lo común?
E- Y eso es común acá, y por eso para mi punto de vista es más triste una mujer que consuma que el hombre, porque el hombre de última va a robar. Está bien, está mal, pero, porque no, sigue estando mal, va a robar una zapatilla, roba un pantalón, lo que fuere, pero la mujer llega a denigrarse a sí misma y se llega a prostituir por $2.
(Dani, 25 años).

Fue muy significativa la confirmación en cada relato de que la mujer está expuesta a todo tipo de riesgos en situación de consumo porque pone en juego su cuerpo permanentemente.

E- Porque la mujer que consume tiene forma más fácil de conseguir plata, te diría, yo creo que a las personas que consumimos no nos interesa lo que nos pueda pasar, el riesgo que estamos corriendo, el de ir a robar, el de poder lastimar a alguien, el de ir a prostituirse, no sabés si te vas a contagiar alguna enfermedad, esas cosas, ¿viste?, como que los hombres son mucho más, como que los hombres agarran un carro y se van a cirujear, ¿viste? O salen a robar, pero como que ellos son mucho más cuidadosos en ese sentido… No se exponen tanto como las mujeres. Claro, porque la mujer se expone más a la violación, a que la maltraten, que te puedan llegar a matar, ¿viste?, porque no son todas iguales.
(Alejandra, 27 años).

E- Una mujer que consume es… abandonada, dejada, con poco interés de todo, muy interesada por el consumo, al costo de cualquier cosa.
P- ¿Qué es "cualquier cosa"?
E- Exponerse con su cuerpo, exponerse como sea, exponerse a cualquier cosa con tal de tenerla.
(Carla, 22 años).

El miedo a ser estigmatizadas como mujeres adictas, a no perder nunca esa etiqueta, fue señalado en varios de los testimonios.

E- Un varón que consume creo que es como que está un poco más permitido que una mujer, porque te dicen: "fumé marihuana", es como que es más permitido, salvo las drogas que son más pesadas, pero una mujer, decirle: es alcohólica, yo creo que es terrible.
P- ¿Cómo la ven los demás?
E- Como una borracha, y con un cartelito acá que diga "borracha", que no te lo sacás en la vida, ese es el miedo mío, que el día que termine acá, que siempre quede ese resto, a pesar de que a lo mejor la familia va a estar unida, yo voy a estar con mi esposo, no sé todavía cómo voy a salir yo con la cabeza, como va a estar él con la cabeza también, ¿no?, pero el cartelito sí, es terrible. (Alicia, 63 años).

En las entrevistas se observaron complejas interacciones en la convivencia entre las mujeres de diferentes sectores sociales. Estas distancias observadas constituyen otro obstáculo en el acceso de las propias mujeres en tanto pueden dificultar su permanencia en las instituciones y la continuidad en sus procesos de rehabilitación.

La mayoría de las entrevistas fueron realizadas a mujeres de sectores sociales bajos y medio bajos. Solo una mujer dijo estar internada a través de su medicina prepaga y otra por su obra social. En los lugares donde convivían mujeres internadas por prepagas u obras sociales y becadas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o por CENARESO (Centro Nacional de Reeducación Social) aparecieron particularmente en los relatos diferencias sociales y dificultades en la convivencia, así como también prejuicios ligados a estas diferentes procedencias socioculturales.

P- ¿Hay mujeres de diferentes sectores sociales?
E- Sí.
P- ¿Y eso como lo vivís?
E- Es difícil, a veces en algunos casos es difícil sí, es difícil por la educación, muchísimo, no tienen vocabulario, algunas escriben y no se sabe lo que escriben, unas faltas de ortografía garrafales, no es que yo me haga la superada, la súper estudiada, pero bueno, tuve un nivel de vida bueno desde que era jovencita, de niña, siempre estudiosa, me molesta que no sepan, o sea preguntar palabras, una te dice una palabra y "¿qué es eso?", ¿cómo qué es eso? Entonces hay que explicarles, yo inclusive hice de maestra con una chica que tenía un nene de un año y medio, y todos los días una hora le dedicaba a estudiar, a hacerle leer y escribir, pero no tenía la más mínima gana, o sea, cuando podía, "no, me duele la cabeza", "no, no puedo porque el nene está fastidioso", o sea que no le interesaba. Realmente no les interesa mucho aprender a leer y escribir, ya traen eso encima…
(Alicia, 63 años).

En el marco de estos procesos, resulta preciso pensar la interculturalidad en el ámbito de la salud.

4.2. Las desigualdades de género: los roles tradicionales

La dinámica familiar generalmente muestra relaciones de poder que favorecen mayormente a los varones en la toma de decisiones sobre la vida cotidiana. Sin embargo, en lo que se relaciona al proceso de salud-enfermedad-atención (y podríamos agregar también cuidado), son las mujeres las encargadas de resolverlo. El cuidado de la salud es asumido por las mujeres, que son las encargadas de evaluar la gravedad o levedad de un problema y de realizar los primeros tratamientos antes de tomar la decisión de acudir o no al sistema sanitario (Gómez Gómez, 2002). Tal como explica Menéndez (2004: 35), el proceso de auto atención establece una división del trabajo en el grupo familiar en la cual "la mujer en su rol de esposa/madre es la que se hace cargo del Proceso de Salud Enfermedad Atención de los miembros del grupo".

Los modelos de género –ya sea tradicional, de transición, contemporáneo o igualitario– se reproducen a través de estereotipos y representaciones sociales sobre cómo son los hombres o las mujeres y actúan para producir discriminación y vulnerabilidad en el ámbito del trabajo, en el ámbito educativo, sanitario o cualquier área del contexto social (Velasco Arias, 2008). Dentro del modelo tradicional, los mandatos apuntan a que las mujeres son dependientes, deben poner el cuidado de los otros por encima de su propio cuidado, indecisas, entre muchos otros posibles imperativos. Esto mismo se vio reflejado en las entrevistas:

P- ¿Por qué va al médico una mujer? ¿Por qué vas vos?
P- Porque… por miedosas, me parece. Y aparte porque una se acostumbra después con el tema de los hijos los lleva al pediatra y como que más la mujer se ocupa de esas cosas, en mi caso…
(María, 35 años).

Las mujeres relegan generalmente el cuidado de su propia salud por el de sus hijos y por el cuidado del hogar. La división sexual del trabajo hace posible el logro y mantenimiento de la salud de los miembros de la sociedad (Gómez Gómez, 2008). Esta división asegura la existencia de una esfera de trabajo no remunerado, llamado reproductivo, donde la fuerza de trabajo se reproduce y es puesta en circulación; y que a su vez condiciona las alternativas en la esfera del trabajo remunerado, llamado productivo. De esta manera, las mujeres quedan relegadas en una posición de subordinación y desventaja frente al acceso y el control de ciertos recursos (materiales y no materiales) necesarios para alcanzar un nivel alto de bienestar. Esta división se traduce en diferencias de oportunidades tanto en el trabajo, la educación y el poder político. A su vez, otorga invisibilidad económica a la contribución del trabajo reproductivo (Gómez Gómez, 2008).

Desde un enfoque integral de género (Velasco Arias, 2008), es necesario considerar cómo influyen –en la accesibilidad simbólica de las mujeres– las desigualdades de género en el estado y cuidado de la salud, lo cual implica que las diferencias encontradas por sexo pueden también deberse a circunstancias sociales discriminatorias para uno u otro sexo –como situaciones discriminatorias para las mujeres en el trabajo, en el reparto del trabajo fuera y dentro de casa; en los roles de género desempeñados por hombres y mujeres. Estas diferencias son factores sociales de vulnerabilidad de género y reflejan situaciones injustas y evitables (Velasco Arias, 2008).

Los roles de género son identificados también en la mayoría de los relatos donde frecuentemente se mencionaron otras mujeres. Por ejemplo, las entrevistadas relataron que fueron llevadas a los tratamientos por sus madres, hijas, hermanas, etc. Generalmente son otras mujeres quienes toman ese rol.

P- ¿Y cómo llegaste a esta institución?
E- Y, mi hermana, que tiene dos años más que yo, siempre ella es como la que quedó tutora, digamos, de la familia, entonces siempre es la madre de todos, ¿viste?, la hermana madre, y bueno, me fueron a buscar, me encontraron en una villa, y ella por contactos empezó a preguntar por el sindicato de ella y todo, y bueno, la orientaron a que vayamos a un lugar, y de ese lugar nos mandaron al Gobierno de la Ciudad a buscar lugares para internación… (María, 35 años).

P- ¿Y él te pidió que lo traigas acá?
E- Si, él me pidió. No acá, pero sí me pidió que lo ayude, porque una persona cuando está con un consumidor ya lo conoce, ya sabe las mañas, y yo ya sabía que él consumía, pero como también fui consumidora, sabía que vos lo vas a negar, sabía que si yo le preguntaba: "¿vos estás consumiendo paco?", él me lo iba a negar, por más que yo lo vea haciéndolo, él me lo va a negar, entonces no servía de nada obligarlo a que lo internen, entonces yo siempre le dije que el día que él necesite ayuda yo le iba a abrir mi puerta….
P- ¿Y pasa mucho que las mujeres son las que traen a los maridos o los hijos acá?
E- Sí, sí.
(Dani, 25 años).

En otros relatos aparecen las mujeres llevando a los hombres a los tratamientos. Y son también ellas quienes asisten a los grupos de familias, principalmente las madres. Se refuerza una vez más el rol social de las mujeres como cuidadoras de otras mujeres, de los varones/parejas, de sus hijos/as, de sus padres/madres.

P- Y a los grupos que hay acá para familiares: ¿quiénes son los que más vienen? ¿Madres? ¿Padres? ¿Parejas?

E- Madres, todo el tiempo.
P- ¿Y eso por qué te parece que es así?
E- Es la que toma la decisión para mí, la que le dice: "te voy a acompañar en todo este proceso", eso.
(Melanie, 17 años).

E- Madres, madres…
P- ¿Y por qué te parece que vienen más las madres que otros familiares? Aquellos que la tienen, ¿no?
E- Es como que siempre está la madre que es la que… la que acompaña, la que está, la que intenta, la que busca maneras, la que trata, la que la ayuda, la que lo acompaña, la que no lo deja, la que… como que noto eso, sí.
(Carla, 22 años).

Durante años, los problemas de las mujeres en relación al consumo de drogas han permanecido invisibles, debido posiblemente a su escaso número y al hecho de que sus consumos se producían en un ámbito mucho más privado que el de los hombres. Las mujeres consumen menos sustancias tóxicas, y cuando lo hacen su consumo es menos intenso (UNAD, 2008), excepto en el caso de los hipnosedantes y del tabaco. Las desigualdades de género conducen a una vulnerabilidad acrecentada en las mujeres consumidoras de drogas, en particular aquellas que viven en situación de pobreza. Un estudio realizado en el Área Metropolitana de Buenos Aires con consumidores de cocaína inhalada halló que el patrón de consumo de las mujeres parecería estar más ligado al de su pareja varón que en el caso contrario (Rossi et al., 2007).

Se hace necesario considerar los factores de protección y/o riesgo que intervienen para la rehabilitación de las mujeres. Muchas mujeres consumidoras han iniciado su consumo o sufrido recaídas a partir de la relación afectiva establecida con hombres toxicómanos (Meneses, 1997). Los deseos de vincularse más estrechamente, de ayudarles a salir, o de destruirse con ellos son precipitantes que actúan en las mujeres diferencialmente, desde la dependencia afectiva en la que han sido educadas.

En este sentido, el mito del amor romántico (Caro Blanco, 2008) y el rescate por amor (Epele, 2010) pueden ser concepciones que nos ayuden a desentrañar estas situaciones.

4.2.1. El amor romántico: ¿protección o riesgo?

Desde la infancia, a través de los cuentos, las películas y las telenovelas, recibimos mensajes que nos hablan del amor romántico como una atracción irresistible que llega y revoluciona nuestras vi-

das. Cuando llega "el príncipe azul", nuestra "media naranja", la heroína romántica acepta que su entrega a ese amor debe ser total y para siempre, sin contemplaciones. La psicóloga Aurora Leal (2005) señala que algunas mujeres, principalmente en su juventud cuando empiezan una relación y se enamoran, se "tiran a la pileta" en plena fase de enamoramiento, entregándose emocionalmente sin reservas, antes de darse tiempo a conocer realmente cómo es el otro.

P- ¿Y vos pediste un lugar de mujeres solas?
E- Sí.
P- ¿Por qué?
E- Porque tenía miedo de relacionarme con algún hombre, que me gustara alguno y abandonar mi tratamiento…
P- ¿Te había pasado antes?
E- No, nunca me pasó, pero me siento débil, me sentía débil con el tema, digamos, del amor, ¿viste? Cuando uno se enamora, como yo cuando me enamoro, me entrego por completo y solo me importa eso y siempre fui como muy agarrada de mis parejas, al criarme sola, digamos, entre mis hermanos y cada uno hizo lo que pudo con su vida, entonces como que siempre yo buscaba ponerme de novia para que, para tener un lugar, una contención, una familia, y no un novio cualquiera, un novio que tenga familia, por más que sea drogado, que tenga padre, madre, donde nosotros vayamos a una casa y tengamos un plato de comida caliente, alguien nos espere, nos cuide, nos rete, ¿viste?, como que, nada, eso, entonces yo decía, bueno capaz que voy y me termino enamorando de un drogado y somos dos drogados en la calle, ¿viste?, y pierdo mi tratamiento. Más que nada yo pensaba en eso, más que nada en eso.
(María, 35 años).

E- Cuando tenía 25 años, estaba de novia con un chico, también compañero de consumo, y empezamos un tratamiento los dos en el programa Andrés. Él se internó y yo lo hice en forma ambulatoria y estuve como un año y medio, y recaí, pero no, fue muy distinto a cómo yo tomé este tratamiento, digamos. Yo en ese momento lo único que pensaba era que estaba enamorada, por eso te digo lo de la casa de mujeres solas, yo pensaba que estaba enamorada y solo lo hacía por él, no me importaba si yo consumía, el tratamiento, a mí no que me importaba, a mí me importaba cómo hacer las cosas medianamente bien para poder estar con él, para poder verlo, para que nos podamos ir a vivir juntos, pero bueno, al pensar tanto en él y descuidarme yo, no cuidarme directamente, como que, en la primera de cambio, donde yo empecé a trabajar en un lugar donde también consumía la gente y todo, no tuve ninguna herramienta, entonces enseguida recaí, enseguida, enseguida. O sea, todo ese tiempo había estado trabajando en forma independiente con el tema de los zapatos, hacía botas para una diseñadora de ropa, sí, y me estaba yendo bien con ella, hasta que yo retomé, primero estaba sin trabajo, trabajaba una vez por semana, después

> empecé, retomé con mi oficio, y después empecé a trabajar en gastronomía porque necesitábamos más dinero porque ya nos habían dejado ir a vivir juntos, y bueno, y pedí para trabajar dos días a la noche y ahí ya no tenía ninguna herramienta, volví a consumir, las primeras veces bien, bien, bien y después a los dos meses ya recaí.
> (María, 35 años).

El amor romántico está caracterizado así por una imagen de mujer y de hombre que perpetúa modelos asimétricos de relación reproduciendo formas de dominación masculina. Idealizar el amor y las relaciones románticas impide tener una visión real de los vínculos de pareja. Cuando surgen problemas y discusiones puede aparecer una sensación de "fracaso" y el riesgo de una "ruptura". A la vez, se pone en marcha el mandato de "aguantar". Muchas mujeres creen que el sufrimiento y la entrega total son parte de las relaciones amorosas y que son ellas quienes deben tener un rol de "comprensión" frente a los deseos, planteos y reclamos de sus parejas.

4.2.2. El rescate por amor: la mujer rescata y sostiene

La antropóloga María Epele (2010) propone el concepto de "rescate por amor", que se da como una situación frecuente en muchas parejas de consumidores de drogas, el rescate como política informal ligada a la promoción de la salud, el bienestar y la supervivencia. En general, aparecen mujeres no consumidoras (las "buenas pibas") que, desde lo afectivo y la retórica del romance, son puestas como encargadas del cuidado y la supervivencia de sus parejas consumidores y de la persistencia del vínculo. El romance es abordado como política informal y privatización del cuidado ante el crecimiento de la relación de sospecha y desconfianza mutua sobre el sistema de salud, presente en estos barrios a través de las "salitas". A medida que se fue generando un dispositivo judicial-sanitario, a través del cual se efectuaban denuncias por consumo y se ofrecían internaciones (en general compulsivas) como respuesta única al consumo de drogas, los/as consumidores/as dejaban de confiar en el personal de salud y depositaban el "rescate" y el tratamiento en los otros-pares (Epele, 2008). Así, tener una pareja que consume puede volverse para muchas mujeres una tarea de rescate.

> La operación de rescate a través de la formación de parejas heterosexuales implica entonces la unión de dos personas, una de las cuáles es usuaria de drogas, en la mayoría de los casos el varón. Sin embargo, para que este tenga lugar, la mujer no solo no debe ser usuaria intensiva de drogas, sino que debe estar por fuera de las redes de consumo, ilegalidad y marginación de los contextos locales (Epele, 2010).

Por otro lado, no cualquier varón usuario intensivo de drogas califica para entrar en este tipo de relación. Aunque tenga antecedentes penales, experiencias de internaciones y encarcelamiento, debe conservar ciertas relaciones, especialmente, vínculos y referencias familiares en el vecindario considerado, es decir, debe tener cierto capital social para que sea susceptible de ser elegido (Epele, 2010).

Las mujeres entrevistadas describieron en todos sus relatos haber tenido parejas varones consumidores. Este fenómeno no se da necesariamente al revés, los varones que consumen no tienen a su lado una mujer consumidora la mayoría de las veces.

P- ¿Y los varones? ¿Tienen a su lado mujeres que consumen o no?
E- No necesariamente. La mayoría… creo que hay chicos acá que las mujeres no consumen y están acá, los acompañan ellas para que estén acá. Algunos no tienen mujeres, otros sí, tienen mujer y bueno, la mujer no consume pero trata de ayudarlo y bueno, vienen con él acá.
(María, 19 años).

P- ¿Y en general las mujeres tienen compañeros, parejas que consumen?
E- Sí, por lo general sí.
P- ¿Y al revés, en el caso de los varones?
E- No, a veces el varón tiene su compañera, su mujer que no consume, pero la mujer, siempre el marido si la mujer consume, el marido consume, como que es normal si ella consume que él consuma, pero si él consume a veces puede que ella sí o como puede que ella no.
(Dani, 25 años).

Tener un compañero proveedor también es una ventaja para las mujeres que consumen para conseguir la droga más "fácilmente", según algunas de las entrevistadas.

P- ¿Las mujeres, en general tienen una pareja que consume? ¿O no?
E- Sí.
P- ¿Y los varones?
E- No.
P- ¿Por qué te parece que es eso?
E- Eh… la mujer busca esta facilidad, de tener el… ya que tiene la facilidad de tener el consumo así porque sí, eh…
P- ¿Porque el varón es el que le provee?
E- Sí, Sí, totalmente.
(Melanie, 17 años).

En el caso de los y las consumidores/as más jóvenes, generalmente no tienen parejas que las acompañen o participen de los tratamientos.

De esta manera, el intento de rescatar al otro por amor –partiendo de una visión romántica e idealizada del amor– es una actitud adoptada por las mujeres muchas veces como estrategia ante el consumo problemático de drogas. Pero la operación de rescate no siempre se reproduce

a la inversa, conservando las mujeres un lugar, un rol social de cuidadoras de los otros, dejando de lado su propia salud. Lo que Epele (2008) llama la privatización del cuidado supone la

> profundización de la posición tradicional y patriarcal de las mujeres... Los vínculos de intimidad se sobrecargan y tienen que empezar a resolver cuestiones muy complejas que antes eran resueltas por otras instituciones. Ante la ausencia de instancias que lo resuelvan, los vínculos más próximos estallan. Muchas veces se culpa desde afuera a los vínculos próximos como responsables de todo lo que pasa y no se ve que en realidad están recayendo todos los problemas más serios sobre los vínculos más próximos, sobrecargándolos.

Estas parejas que adoptan una modalidad de rescate por amor generalmente no perduran, según la autora. Las consecuencias posibles son la ruptura de la pareja o el ingreso al consumo por parte de las mujeres. Solo unas pocas parejas subsisten, pero lo hacen también ayudadas por redes familiares y sociales que los trascienden como pareja.

María Cristina Ravazzola (1989), en un trabajo realizado sobre la base de la atención a mujeres de consumidores de drogas, describe el carácter central que ellas, muchas veces avaladas por los equipos profesionales, conferían a la atención de las necesidades del paciente consumidor y el escaso espacio que otorgaban a la atención de sus propias necesidades. Estos casos constituyen una variante de la extendida tendencia femenina a considerar indispensable la relación de pareja. Esto deriva de los ordenamientos sociales que organizaban la circulación y tutela de las mujeres a través de las alianzas matrimoniales, por lo que quedar por fuera del dispositivo de la alianza aún hoy es experimentado por las mujeres como un riesgo de marginalidad social y de carencia de sentido para la existencia personal. Un consumidor puede ser una mala pareja, pero al menos es un compañero. El desarrollo de la capacidad de estar a solas será un recurso efectivo para aumentar la autoestima y la autonomía de las mujeres, lo que redundará en un mejor cuidado de su salud.

Es fundamental considerar estas estrategias vinculadas a las relaciones de pareja, a una concepción idealizada del amor y a los roles asignados y reproducidos por el género para comprender que operan como un factor de riesgo –y de falsa protección– para las mujeres, que muchas veces quedan atrapadas en vínculos conflictivos tanto para ellas como para sus hijos/as.

4.3. Recuperación doméstica

Al indagar las posibilidades de por qué las mismas mujeres consideraban que siempre son menos que los varones en los diversos lugares y tipos de tratamientos, las respuestas apuntaron principalmente a abonar la poca visibilidad que tiene el tema debido principalmente a que "la mujer resiste o aguanta más"; o "se tapa más –la situación de consumo– por temor a represalias".

E- Porque también se tapa mucho más, al estar en la casa, con sus hijos y qué sé yo, el hombre está más en la calle, porque lo echan mucho de la casa, a los hombres, no tanto a las mujeres. A mí sí me echaron, pero bueno, y a las chicas que están acá también, pero pienso que… yo pienso de que debe ser ese el factor también porque yo pienso que consumen tanto los hombres como… ahora creo que deben estar igual, en mi época no tanto, era más los hombres, pero… calculo que debe ser ese, esas los posibilidades, otros no sé. Porque se tapa mucho más, la mujer resiste a estar más en la casa con los hijos…
(Galdys, 65 años).

E- No deben tener la suficiente fuerza, se aguantan más, se la bancan, se pueden drogar más.
(Débora, 39 años).

También hubo respuestas que asociaron esta situación a que las mujeres "son vistas como más adictas y por eso no van a tratamientos" y que "las mujeres quedan más marcadas por experiencias fuertes y por eso no se pueden recuperar".

E- Sí, varones vienen más, eh… no… yo creo que a la mujer siempre le costó más que al hombre, en su consumo problemático.
P- ¿Por qué te parece?
E- Y, porque hay muchas minas acá, más de… del lado de afuera, que laburan para consumir y ya, como que se les hace, es su vicio ya, trabajan… qué sé yo, trabajan así en la calle con los hombres y esas son las chicas que más enganchadas ves, a veces, ¿no? Y los chabones aprovechan, yo te digo porque yo tengo una piba que está en eso y ella me cuenta, te cuesta creerlo, ¿no?, pero hay veces que por más de que vos le hables a la chica esa no, no, no hay vuelta que darle, ella no, no quiere cambiar, ¿viste?, ya tiene una nena, todo, y le cuesta, ¿viste? Sí, sí, les cuesta mucho, a la mujer le cuesta más que al hombre, para mí.
P- ¿Pero por qué te parece que le cuesta? ¿Qué es lo que le cuesta más?
E- El consumo le cuesta más, el consumo. Tiene más consumo problemático, no sé, es más adic… eh, o sea yo era, yo era más adicta que la persona que estaba conmigo. Porque son más adictas y les cuesta dejar. Les cuesta mucho.
(María, 19 años).

E- Yo creo que a la mujer le cuesta mucho más recuperarse que a un hombre.
P- ¿Por qué?
E- Porque yo creo que la mujer queda muy marcada del tema del consumo, por el tema de las violaciones, el maltrato y todo eso, ¿viste? Yo creo que le cuesta mucho más.
(Alejandra, 27 años).

E- Porque la mujer, es como hablamos el otro día, cuando se envicia, es más fuerte que el hombre. Es más difícil sacar a una mujer del consumo problemático.

P- Pero vos decís que saliste sola…

E- Pero porque yo no estaba adicta, yo no consumía todos los días, por ahí había un mes que no consumía, o por ahí tenía una amiga o un amigo consumiendo y yo si no tenía ganas no lo hacía, era distinto, yo no… por ahí que tenía ganas de fumar un porro lo fumaba, no quería, no lo hacía, no tenía ganas de tomar, no tomaba, no, nunca me sentí obligada ni que necesitaba, la necesidad de hacerlo, lo hacía cuando tenía ganas o cuando tenía la plata, o no. En cambio, las que están en la calle lo hacen porque ya no pueden salir de ahí.

P- ¿Y por qué no vienen acá? Porque acá es un lugar bastante abierto…

E- A veces vienen, comen y se van, no se quieren quedar. Vienen a comer, al mediodía sí vienen, comen y se bañan, pero después se van.
(Dani, 25 años).

Es generalizada también la idea de que la mujer se puede recuperar sola y que las mujeres tratan de recuperarse en su ámbito doméstico, ayudadas por otras mujeres. Tal como explica Menéndez (2004), el proceso de auto atención establece una división del trabajo en el grupo familiar en la cual la mujer, en su rol de esposa/madre, es la que se hace cargo del proceso de salud- enfermedad-atención de los miembros del grupo y de sí misma también.

En este punto se ve la continuidad de la reproducción de la división del mundo en público y privado para varones y mujeres, así como la privatización del cuidado de la que da cuenta Epele. Esta noción hace referencia al "proceso por el cual prácticas y actividades llevadas a cabo por otras instituciones sociales –de salud, de trabajo, etc.– se desplazan y se integran al terreno de las relaciones vinculares próximas y de la intimidad" (Epele, 2008).

E- Porque sí, porque yo creo que vivimos en una sociedad machista, como que el que se tiene que rehabilitar es el hombre, porque en su momento fue sostén, núcleo de la familia, entonces como que del hombre depende el trabajo, para la alimentación, un hogar y hoy vivimos en igualdad de condiciones. Lo que pasa es que no todos ven las igualdades de condiciones, hay mucha gente que todavía vive, hay muchas madres que no trabajan, por ende sus hijas no trabajan y buscan maridos que trabajen y mantengan la familia y entonces, y las madres, capaz que las madres, yo esas cosas veo también, las madres de las chicas adictas se ocupan de rehabilitar a sus hijas, en forma de madres, digamos, y el marido tiene que "no, va a hacer un tratamiento", ¿viste?, porque él es el hombre de la casa…

P- ¿Se ocupan ellas mismas de rehabilitarlas?

E- Claro, en realidad no hacen ningún bien.

P- No lo logran…

E- No, claro que no, claro que no, porque no tienen herramientas para hacerlo.

P- ¿Y cómo sería eso? ¿Qué tratan de hacer?

E- Y, piensan que desde el cariño y la contención, ¿no? Me mudo a tu casa, te ayudo a criar a tu hijo y te contengo, y es un quilombo porque la piba le deja al pibe y se va a drogar tranquila. Lo único que hace es facilitarle la posibilidad de seguir drogándose. (María, 35 años).

También se mencionó como respuesta que se prioriza la recuperación del hombre por sobre la de la mujer, ya que se sigue considerando en muchos casos al varón como sostén del hogar, y por ese motivo solo importaría que él pueda recuperarse. Y en este sentido, el varón es visto con mayor presión social para recuperarse y reinsertarse socialmente en comparación con la mujer.

E- No, me parece que es cultural.

P- ¿Cómo sería eso?

E- Claro, cultural, es una cuestión de que se supone, como en una época el hombre bebía más que la mujer, hoy por hoy eso ya no es así, en una época el hombre se drogaba más que la mujer, hoy por hoy eso no es así, me parece que ya hasta se podría llamar "tabú". La mujer se droga tanto como el hombre, podría ser al revés, que haya más mujeres por los porcentajes poblacionales, que somos más mujeres que hombres, pero quizás el hombre tenga más presión social para reinsertarse, tener que hacer un tratamiento y luego reinsertarse. (Patricia, 47 años).

Aparecen aquí las estrategias de auto-cuidado (Menéndez, 2003) de los sujetos –en este caso las mujeres– frente a los padecimientos que produce el consumo propio o de otras mujeres de la familia (o grupo cercano). Según Menéndez, la "atención" no puede reducirse a los mecanismos de abordaje biomédicos de las enfermedades o padecimientos, sino que debe incluir todas las actividades que, de manera intencional, buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. Se reconocen aquí otras formas de atención, especialmente en el campo de las adicciones, donde abundan la incertidumbre y las dificultades en las respuestas desde el sistema de salud ortodoxo.

Por lo tanto, la recuperación doméstica, el estar hacia adentro, aguantar, tragarse todo, silenciar su necesidad de ayuda, la falta de pares que la incentiven a asistir a rehabilitación, es decir la forma de socialización de las mujeres, no favorecería su acercamiento a un tratamiento.

4.4. La maternidad: ¿una barrera?

La maternidad surgió en los relatos de las mujeres como una barrera que dificultaría los tratamientos que requieren internación. De una forma ambivalente aparecieron diferentes experien-

cias en torno al vínculo con los/as hijos/as. Es frecuente el sentimiento de culpa, refieren no saber –o no haber sabido– ser madres. También aparece la falta de atención hacia los/as hijos/as, así como también expresan haber transitado momentos difíciles –como la separación de ellos/as. Otras han manifestado que los y las hijas muchas veces funcionan como una "excusa para irse" y abandonar los tratamientos.

P- ¿Y tu hija está acá o en La Plata?
E- En La Plata. Viajo.
P- Lejos…
E- Sí, mucho, viajo mucho, mucho, mucho.
P- ¿La ves frecuentemente?
E- Sí, sí, sí. La veo los fines de semana, a veces en la semana voy, participo en lo que es la escolaridad de ella, la llevo al colegio, así, a alguna reunión. En cuanto puedo me escapo a verla, viajo bastante, mucho.
P- ¿Y cómo fue internarte? ¿Vos vivías con ella cuando te fuiste a internar?
E- Sí [triste], sí, siempre viví con ella. Siempre viví con ella. Y fue medio duro, lo que pasa que bueno, el último tiempo, antes de internarme, prácticamente estaba con ella, con mi hija pero, pero no estaba, ¿viste? O cuando vivíamos en Capital las dos solas, tenía una niñera que la tenía prácticamente todo el día porque cuando yo estaba con mi hija, no estaba, porque estaba en consumo y no la podía atender bien. Entonces, eh… no fue muy difícil estar sin ella, porque la verdad que no le daba mucha importancia, es la verdad, o sea, no sabía cómo ser madre, a partir de la internación y bueno, que me fueron ayudando, que empecé a compartir cosas, realmente con mi hija, fui mejorando con el vínculo con ella y con el rol de mamá, pero antes la verdad que, mucho no, igual, fue bastante difícil darme cuenta de todo eso, y bueno, para ella también.
(Gabriela, 30 años).

E- Y sí, primero porque ya te digo, para mí es una de las primeras excusas que una tiene para irse. Digo excusa porque, qué sé yo, yo creo que, o sea, mi rol de mamá, si no hubiese sido por el tratamiento yo no hubiese, no hubiese estado con ella, entonces es muy difícil, yo también decía ¿cómo puede ser que siendo madre voy a estar alejada de mi hija? No me cabía en la cabeza, hasta que nada, hasta que bueno nada, dije, si yo no estoy bien no voy a estar bien con mi hija, pero sí, es difícil, aparte cuando los hijos son, qué sé yo, mi nena es chiquita y ahora me dice: "mamá, ¿cuándo vas a dejar de estar en el doctor?". Ella le dice el doctor, ¿viste?, me reclama constantemente, entonces sí, creo que si los hijos son un poco más grandes o algo, yo creo que, eso, el reclamo, qué sé yo, necesidades que ves que pueden estar pasando tus hijos, me parece que es re duro.
(Gabriela, 30 años).

E- Sí, eso sí, la mujer siempre busca, cuando está en consumo, la excusa como para no querer intentarse, ¿no? Si yo voy a cambiar porque tengo un hijo, porque voy a empezar a trabajar y porque mi hijo no se puede quedar solo y muchas otras cosas; en cambio el varón no sabe de dónde agarrarse. Pero la mujer como que dice sí.
P- ¿Este tema de los hijos te parece que es un obstáculo a la hora de internarse?
E- No un obstáculo, una excusa para mí.
(Melanie, 17 años).

En muchos casos apareció la necesidad de reconstrucción de los vínculos con los hijos/as, frecuentemente desencadenada por la instancia de recuperación.

La posibilidad de internación con los/as hijos/as fue un tema que despertó muchas dudas: a algunas les resultaba una opción que es necesario que exista pero que no sabían si elegirían; para otras, como algo imprescindible; otras, en cambio, no estuvieron de acuerdo con esa posibilidad porque sus hijos/as no son quienes están en recuperación ni necesitan estar en esos lugares; otras lo vieron como una posibilidad para las que no tienen dónde dejarlos; otras dijeron que es un tema "en el que no se piensa al momento de internarse".

P- O sea que vos no necesitabas buscar un lugar donde internarte con tu hijo.
E- No
P- No fue necesario.
E- No, no, no.
P- ¿Lo hubieras preferido?
E- No, porque quien está en recuperación soy yo, no mi hijo.
(Débora, 39 años).

P- Si hubiera habido un lugar con la posibilidad de que te internes con tu hija, ¿lo hubieras tomado?
E- Sí. Totalmente.
P- ¿Eso existe? ¿Conoces algún lugar así?
E- Yo no conozco, no… como que en el momento no pude pensar en eso, y también a su vez pienso, exponerla a Valentina a eso…Valentina vive en excelentes condiciones, digamos, condiciones económicas y todo, ¿viste? Y pensaba para mí ya era muy ruin la situación, exponerla a ella a una situación así. Ella lo ama al padre, no le tiene miedo, y yo las cosas que veo, yo como los veo viste, tienen re buena relación, Valentina es muy obediente, él es como es, todo, él es así conmigo, pero con ella, o sea, la levanta, la baña, la cambia, le hace la comida, la lleva a la escuela, la trae de la escuela, ¿entendés? La educan entre las tías, la madre de él y todo, o sea, él está rodeado de otras personas, yo estoy sola, ¿viste? A Valentina le gusta estar en casa de tía Mary, que tiene sus juguetes también, como una

habitación también para ella, donde Valentina siempre se quedó, de bebé, ¿viste?, que yo me iba a laburar o Martín desaparecía o lo que fuere y yo iba a la casa de tía Mary a tocar el timbre y decía "por favor, ¿me podés cuidar la nena que yo tengo que ir a trabajar?" y todo bien, entonces Valentina está muy acostumbrada a estar ahí y cuando no quiere estar en su casa le dice "papi, llevame a la casa de tía Mary", ¿viste?, y se queda ahí, un día, dos días, y "papi, vení a buscarme" y…

P- Y vos no le hubieras querido sacar todo eso…

E- Y no, la verdad que no, porque la iba a llevar a vivir con 50 pendejos más y otras minas con situación como yo, con actitudes andá a saber, con peleas, gritos, llantos…

P- ¿Pero te parece que sería un facilitador para las mujeres, a veces, para que puedan hacer un tratamiento?

E- Sí, totalmente, totalmente.

(María, 35 años).

P- ¿Y en general son así los lugares donde van mujeres a recuperarse? ¿En todos se puede llevar a los hijos?

E- No, en todos no.

P- ¿Y eso a vos qué te parece?

E- Que está mal, porque pienso que una madre tiene que estar con su hijo para poder estar bien, para poder cerrar eso. Que una, yo entiendo que una, que yo tengo que estar bien conmigo misma, porque si yo no estoy bien no va a estar bien nunca mi hijo, yo creo que un hijo es un motor.

(Romina, 33 años).

E- Yo, en mi caso particular, fue por mis hijas. Yo en ese momento no estaba embarazada y no, un día no soporté la situación de que mis hijas no, no quisieran que yo salga, y yo me quería ir, quería ir a consumir, ese día me fui, porque en ese momento lo quería hacer, cuando pasaron los días, me acordé de esa, de esa situación y fue como un shock y nunca más, no me perdoné yo haberme ido y haber dejado sufrir a mis hijas, haberlas hecho llorar fue algo como que dije no, hasta acá y fue ahí donde yo hice… yo ya no seguí más.

(Dani, 25 años).

P- ¿Y cómo vivís vos que tu hijo esté acá? Digo, porque por lo que me contabas es algo que vos elegías, buscabas, que él venga acá a compartir, de alguna manera, todo esto con vos, o que esté con vos en todo este proceso. Ahora que ya lo transitaste, ¿lo volverías a elegir?

E- Totalmente. Sí, sí, sin ninguna duda. Creo que es la mejor, lo mejor que hice, realmente, es lo mejor que hice a nivel de poder pensar en los dos, de poder pensar en esto de poder aplicar conductas nuevas a nuestra vida sin, sin necesidad quizás de dejárselo a otro.

(Carla, 22 años).

La única mujer de las entrevistadas que estaba internada con su hijo de 6 años –al momento de la investigación– pidió un lugar para internarse con él especialmente, fue la única condición que puso –según relató–, ya que si no no se hubiera podido internar.

E- Yo me quiero internar pero yo quiero que sea con Cristian, o sea yo sin Cristian no, no quiero hacer nada, no, no… no pasaba por un querer o no querer, era tener que desligarme de él, y no. Y quizás que fue él… muy mal y muy malas condiciones fue él que quizás también incentivó eso. No el tomar una decisión, el querer cambiar, y fue el que estuvo conmigo siempre, siempre. No hubo nadie, capaz que no por elección de él, ¿no?, porque estuvo conmigo porque era lo que tenía en ese momento, pero…
P- Vos querías un lugar con él…
P- Yo quería con él, yo quería con él.
P- Tuviste que hacer una admisión en Piedras, ¿o no?, directamente…
E- No, no, no, porque se ve que se hablaron por teléfono y no tuve ni…
P- Y viniste para acá.
E- No, fui a hablar, bueno, fui a Piedras a hablar con Valdo pero no…
P- No tuviste la entrevista como todos.
E- No tuve nada, no, nada hablé con él y…
P- Y de ahí te derivaron acá.
E- Automáticamente me dijeron día y fecha que tenía que venir para acá.
(Carla, 22 años).

Fueron varias las mujeres que mencionaron que el vínculo con sus hijos/as estaba roto de antes de internarse, es decir, los habían dejado en casas de familiares o con sus ex parejas en el período de consumo (por eso no pensaban en el tema de los hijos en el momento de la internación).

Se observa, así, que las mujeres que consumen drogas llevan consigo una carga discriminatoria adicional producto de la responsabilidad social de la maternidad. Responsabilidad que muchas veces las desborda en el proceso terapéutico y a la que se le presta muy poco apoyo con los recursos disponibles y desde centros no especializados en la problemática de las mujeres. Ello supone además procesos de culpabilización (principalmente en el caso de que continúe usando drogas durante el embarazo o después del parto) que pueden inducir prácticas profesionales tendientes a separarla de su hijo, lo que agrava los procesos de aislamiento y estigmatización social. Existiría ya una suerte de aceptación relativa frente a la mera consumidora, pero la consumidora –tal vez por los riesgos para la maternidad– es un tipo de transgresión "socialmente inaceptable". Aquí se palpa una doble transgresión: ser consumidora, pero además mujer. Las mujeres consumidoras de drogas son vistas en la literatura científica como doblemente "desviadas", como mujeres y como consumidoras de drogas (Romo, 2001).

Rodríguez (2001) señala que

> cuando una mujer se somete, o somete a consideración, la valoración de un comportamiento trasgresor, como es en nuestro caso el consumo de drogas, sobre sí misma está haciendo recaer una doble penalización: la primera es la que se asigna a la propia trasgresión [...] pero la segunda, y es la más importante, es la penalización que conlleva la trasgresión del rol, es decir, la trasgresión que consiste en realizar un comportamiento que, siendo considerado indeseable para los varones, lo es mucho más si se trata de las mujeres porque se sale de las expectativas que se le suponen.

Las mujeres son así doblemente sancionadas: por ser mujeres y por ser madres. Son en mayor porcentaje abandonadas por su grupo familiar frente a una situación de consumo y la red social es mucho más castigadora con ellas.

Las mujeres más jóvenes son quienes relataron tener mayores inconvenientes para mantener a su lado a sus hijos/as. Incluso en el relato de las mujeres mayores fue frecuente la mención de que los/as primeros/as hijos/as no siempre viven con ellas mientras que conviven con otros/as hijos/as que nacieron posteriormente.

P- ¿Y tu hijo está con tu mamá?
E- No, está con mi tía, en Provincia.
P- Ah. ¿Y cómo fue que fue con ella? ¿Vos decidiste llevarlo?
E- Eh… yo lo tuve y decidí llevarlo porque mi mamá decía que yo era muy chiquita para tenerlo, entonces como al final yo me drogaba, entonces preferimos dejárselo a ella.
P- ¿A qué edad lo tuviste?
E- A los 13. Lo tuve y se lo di… estuvo 3 meses conmigo y después se lo tuve que dar porque, bueno, mi mamá tuvo a mi hermanito y tuvo problemas de salud cuando lo tuvo, entonces yo tenía que criar a mi hermanito porque mi mamá estaba internada en el hospital. (María, 19 años).

P- Y además de con tus dos hijos, dos de tus tres hijos, ¿vivís con una pareja? ¿Tenés pareja?
E- Tenía. Ahora estamos peleados.
P- Bien. ¿Y con tu otra hija no vivís por decisión tuya?
E- No, ella vive con mi mamá. Sí, estuvo viviendo conmigo un tiempo… o sea, cuando era chica nomás, y como yo en ese tiempo estaba en etapa de consumo, eh, ella se quedó a vivir con mi mamá. Vive con mi mamá ahora.
(Alejandra, 27 años).

Por último, y complejizado un poco más la situación, es necesario mencionar que en el caso de la única mujer entrevistada que se encontraba internada con su hijo, sus compañeras –al ser entrevistadas– se manifestaron en varias ocasiones molestas con esta situación, incómodas por la complejidad que implica la convivencia con un niño (principalmente las mujeres mayores).

P- Pero una de sus compañeras tiene un hijo, me decían…
E- Sí, que ahora no está, un nene de 6 años.
P- ¿Y cómo les resulta eso?
E- Pesado. Sí, porque el nene es muy travieso, muy travieso, grita, pega, nos pega, nos patea.
P- ¿Les dificulta al resto, el tratamiento o…?
E- Para mí, sí, para mí, sí, estos días que no está es una paz impresionante, pero bueno, tiene que estar con su mamá, que yo no lo veo mal, yo lo veo bien que el chico esté con la madre, pero es como que dificulta mucho. A veces en el medio de un taller se pone a gritar, se enoja, patalea y hay que cortar el taller para atenderlo a él.
P- ¿Él está en las actividades con ustedes?
E- En muchas, y se pone ya desquiciado, lo llevan a la habitación y lo dejan allá, inclusive va la madre también allá para entretenerlo.
P- Claro.
E- Pero es incómodo, es muy incómodo…
(Alicia, 63 años).

P- Y acá las mujeres que tienen chicos, se pueden internar con los hijos, ¿no?
E- Sí, está dicho eso, pero ahora se había dicho que no.
P- Ah. Pero hay una de las chicas… ¿hay chicos ahora?
E- Sí, hay un nene de 6 años.
P- ¿Y cómo resulta eso para el resto que no tiene chicos?
E- Eh, te lo hablo desde lo personal, no, no, no me siento bastante cómoda. No me siento cómoda en el sentido de… no sé, eso también ayuda o a la vez no porque el trabajar las actitudes de la paciencia también o la tolerancia, que uno no la tiene incorporada, pero influye también, sí… eso.
P- ¿Hay uno solo ahora?
E- Hay uno solo, 6 años tiene.
P- Pero igual no …
E- En lo personal no me siento cómoda.
P- ¿Pero él está en las actividades con ustedes?
E- Eh, no, no, se va, va al colegio.
P- Va al colegio.
E- Va al colegio y está haciendo fútbol también.
P- ¿Y por qué no te sentís cómoda?
E- Porque no, no sé, es chico, hay que… es un chico y todos tuvimos esa edad y como que hay que entenderlo pero, eh… también la vida que llevó de antes, la mamá estando en consumo, entonces, como que ya trae esos malcríos que, o que nunca se le estuvo encima o que nunca le pudo poner un límite la mamá y hoy se lo está queriendo poner y el nene no quiere saber nada, entonces como que, que eso hay que tolerarlo.
(Melanie, 17 años).

De esta manera, los/as hijos/as aparecen en los relatos tanto como un motivo para la recuperación como un obstáculo que impide o demora los tratamientos o desencadena situaciones de abandono (ya sean situaciones de abandono real o temores). Aparecen –en forma reiterada– sentimientos ambivalentes en relación a sus hijos/as y más aún para involucrarlos con ellas en los tratamientos ambulatorios y/o internaciones.

Las mujeres entrevistadas que estaban realizando tratamientos ambulatorios mencionaron la importancia de que los lugares donde asisten tengan juegotecas (espacios de juego o contención para los niños), ya que la mayoría concurre con sus hijos/as. El hecho de que las instituciones tengan estos espacios fue mencionado como un facilitador para el sostenimiento de los tratamientos.

P- ¿Y acá las mujeres pueden venir con los hijos? ¿Tienen un espacio para los chicos?
E- Sí.
P- ¿Y eso te parece que las ayuda a que vengan? ¿O no les cambia en nada?
E- Sí, sí, porque está el lugar para… o sea, las chicas que vienen igual acá, todas las que están, una o dos de las que están ahora, o sea la mayoría de pibas que cuida El Rincón y eso, consumían antes.
(María, 19 años).

Por último, observamos una vez más las diferentes variables que aparecen en las decisiones de las mujeres que requieren una necesaria intervención por parte del Estado. Sostener servicios que contemplen estas situaciones debería ser una responsabilidad que no recaiga en las buenas voluntades de las personas ni de las organizaciones de la sociedad civil.

4.5. Discriminación y violencias

Fue significativo que en todos los relatos aparecieron situaciones de violencia, principalmente ejercida por parte de sus parejas, pero también las mujeres relataron situaciones de violencia social, violencia en la calle y familiar.

E- Sí, de violencia, sí. Los hombres son violentos normalmente, y más los consumidores, y como una estaba con consumidores, he recibido golpes por cerrar una puerta un poco fuerte, desfiguración de rostro, ¿entendés? Pero siempre volví al mismo lugar, o sea, a la misma situación, y no es que me gustara que me golpeen porque no es que decía: "¡Golpeame, golpeame!", pero siempre después volvía…
(Débora, 39 años).

E- Después empecé a parar en el Bajo Flores, me dieron una puñalada en la pierna, estuve como un año casi, sí. La había largado un año, un par de meses… menos de un año sin consumir estuve, menos de un año. Estuve muy mal de la pierna, me costó mucho caminar, porque se me había infectado.
(María, 19 años).

Las mujeres describieron situaciones que incluían todo tipo de violencias: física, emocional, económica, sexual, simbólica. En general, se presentan en forma simultánea. De acuerdo a la ley 26.485, llamada Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, la violencia física "es aquel acto u omisión que daña o pone en riesgo el cuerpo o la salud de una persona". Incluye agresiones como empujones, golpes, lanzamiento de objetos, quemaduras, heridas con armas. También pertenecen a esta categoría comportamientos como encerrar, amarrar, amenazar con armas, etc.; abandonar a alguien, echarlo de la casa, romper o destruir sus objetos personales, descuidar a las personas cuando están enfermos o necesitan un cuidado especial. En general, esta forma de violencia puede generar lesiones graves o leves, pero siempre tienen efectos psicológicos y emocionales en las víctimas. La violencia sexual se refiere a "toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, (…) que causando daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales o inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad" (Ley 26.485). Incluye obligar al otro/a a realizar actos o prácticas sexuales con las que no está de acuerdo, desconocer necesidades y deseos sexuales del otro/a, humillarlo sobre sus capacidades sexuales y negar la utilización de métodos de planificación y protección contra ETS y el sida. La violencia psicológica "comprende aquellos actos u omisiones destinados a degradar o controlar a otras personas (…), cualquier conducta que implique un daño en la salud psicológica, la autonomía y el desarrollo personal". Se manifiesta de tres formas: como agresión verbal (humillaciones, ridiculizaciones, amenazas, denigraciones), a través del lenguaje corporal (miradas de insatisfacción, rechazo y burla; ausencia de expresiones afectivas, aislamiento y hostilidad) y el chantaje afectivo (negación de la libertad del otro/a). Puede incluir también hostilidad en forma de reproches o insultos, desvalorizaciones como menospreciar las representaciones sociales, tareas o el cuerpo de la víctima, y por último, indiferencia a las necesidades afectivas y estados de ánimo de la mujer. En la violencia económica, el agresor controla el acceso de la víctima al dinero, impide a la mujer trabajar de forma remunerada, o bien le obliga a entregarle sus ingresos, haciendo él consumo exclusivo de los mismos. La violencia simbólica es la que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmite y reproduce dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad. Todos estos tipos de violencia provocan a su vez el aislamiento de la persona, debido a que el maltratador limita los contactos sociales de su pareja, alejándola de su familia y amigos, aislándola de su entorno y limitando así un apoyo social importantísimo en estos casos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas mencionó en sus relatos situaciones de violencia de género específicamente y en varios casos también de abuso sexual.

E- Yo veía mucho maltrato de las mujeres, de los hombres hacia las mujeres, ¿entendés? Ponele que una piba está re dura, fumando, ¿viste?, y no tiene pa' fumar y viene un zarpado y por $5, $10 le hace lo que quiere porque… las mujeres cuando consumen están en un estado de shock, como que lo único que querés es consumir, consumir, consumir, consumir, y se aprovechan, y si no querés, se lo hacen a la fuerza. Yo lo vi mucho, a esas cosas.
(Alejandra, 27 años).

E- El papá de mi hijo me pegaba. Embarazada me empezó a pegar.
P- ¿En ese momento vos consumías?
E- No.
P- ¿Y él sí?
E- Él sí. Yo no.
(Carla, 22 años).

Ellas lo relatan como una situación común también a casi la totalidad de otras mujeres que han conocido como compañeras en los diversos tratamientos de recuperación de adicciones.

E- Y yo llegué a violentar, sí, yo ya después, aunque me cagaran a palos, yo me defendía. Sí, todas las mujeres la ligan, no sé si vas a hablar con una que te diga que no, no lo creo, no lo creo, el porcentaje es abrumador. De nosotras, todas las muchachas que estuvieron internadas conmigo y de todas las que pasaron, que se fueron, todas.
(Débora, 39 años).

Es importante mencionar que la mayoría de las entrevistadas no se encontraban en pareja al momento de la entrevista (sólo dos mujeres).

Otro punto abordado fue que muchas veces las mujeres son maltratadas en los mismos lugares de recuperación, siendo discriminadas por ser consumidoras incuso por otros consumidores – varones principalmente.

E- ¿Sabés qué vi mucho acá? No acá, sí, lo vi acá, te lo voy a decir, lo vi acá, de ponerle, ¿viste el tema de la prostitución como yo te estaba hablando?, ponele que venía alguna piba y decían, "eh", y la piba viste como que…y agarran los pibes y decían: "dale, qué te hacés la linda si anoche me viniste y me chupaste la pija por $10", ¿viste?
P- ¿Otros pibes que estaban acá?
E- Otros pibes que estaban acá le decían a la misma piba que venía, ¿viste?, y como que la

> piba no, no… ¿entendés? Yo creo que a veces eso también, el mismo trato que le dan los pibes a las pibas, ¿entendés?, que yo ese trato no lo tuve acá.
> (Alejandra, 27 años).

Las mujeres sufren la condena social y la estigmatización por parte de compañeros e incluso por parte de los profesionales que las asisten, que reproducen muchas veces las actitudes sexistas que están presentes en la sociedad. El consumo de drogas ilegales es visto por la sociedad en general con mayor reprobación si quien consume es una mujer. Y sumado a ello, el miedo a la estigmatización, a ser discriminadas por concurrir a tratamientos de rehabilitación, el miedo a la sanción social, miedo a que les "saquen" a sus hijos/as, favorece aún más la invisibilización de su problemática.

4.6. Servicios para varones

El principal motivo de esta investigación es la baja concurrencia de las mujeres a los programas de tratamiento de recuperación del consumo de drogas. En un estudio realizado por la Asociación Civil Intercambios acerca de la accesibilidad de los consumidores de drogas (tanto hombres como mujeres) a los servicios públicos de salud, se realizaron entrevistas a los trabajadores de la salud de los servicios especializados en el abordaje de drogas. Allí encontramos esta referencia al perfil de los consultantes:

> Con relación a la distribución por sexo, las respuestas (N = 73) fueron bastante homogéneas: el 78,1% informó que sus pacientes (UDs) eran mayormente varones, sólo un 17,8% dijo que atendía una cantidad igual de varones que de mujeres y muy pocos (4,1%) que atendían mayoría de mujeres, en ciudad de Buenos Aires (Rossi et al., 2007).

El mismo estudio en Rosario arrojó respuestas sobre la variable sexo muy homogéneas, ya que el 88,9% de los trabajadores respondió que la mayoría de los UDs que utilizaban los servicios de salud eran varones. En esa investigación se precisa que

> la accesibilidad a los servicios de salud no solo se relaciona con su oferta sino también con las políticas del sector y con los mecanismos y dispositivos que regulan las relaciones entre ellos y la población. En este sentido, los servicios de salud están condicionados por fuerzas mayores, como las políticas públicas, las leyes, la economía, los paradigmas médicos, los valores culturales y los problemas sociales. Estas condiciones estructurales se expresan en las relaciones personales entre profesionales de la salud y consumidores del sistema (Rossi et al., 2007).

Otras investigaciones (Meneses Falcón, 2002) dan cuenta de que los programas están diseñados generalmente para varones, sin tener en consideración las particularidades por género, lo cual constituye una barrera para el tratamiento y el acceso a la salud de las mujeres consumidoras. En esa investigación se destaca que los roles de género –principalmente el cuidado de los hijos– se materializan en un obstáculo que no es tenido en cuenta cuando una mujer necesita ingresar y sostener un tratamiento.

En CABA, durante el año 2010, sólo el 17% de las personas atendidas por consumos problemáticos de drogas fueron mujeres, frente al 83% de los varones asistidos y de las personas ingresadas a tratamientos solo el 14,9% fueron mujeres (Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones, 2010). La baja proporción femenina que asiste a los tratamientos nos lleva a seguir reflexionando sobre esta problemática.

La importancia de internarse sin varones como compañeros pareciera favorecer los tratamientos de las mujeres. Varias de ellas manifestaron su preferencia en relación a que las casas de mujeres solas permiten abordar temas particulares que las involucran (por ejemplo, violencia de género). También prefieren las casas de mujeres porque no quieren entablar vínculos con hombres que "las vuelvan a hacer dejar el tratamiento" (en este sentido, en algunos relatos fue notoria la noción del amor romántico como algo que es más fuerte que su propia voluntad). La preferencia de las casas para mujeres solas surgió también como una opción para evitar conflictos o por vergüenza.

E- Para mí sí, para mí sí. Es, qué sé yo, no sé si necesidad, eh… pero, yo lo veo cuando se hizo mixto, eh, que había temas que no los tocaban las mujeres compartiendo grupos terapéuticos con los hombres, el tema de la prostitución y los abusos es un tema que en la casa de mujeres se trataba mucho, y después, es como que cuesta más, cuesta más, el tema de la sexualidad yo creo que, qué sé yo, siendo mixto es como que se deja de tocar, eh… mucha cosa, estando entre mujeres es como que se hace más fácil ese tema.
(Gabriela, 30 años).

P- ¿Y vos decías que pedías, pedías un lugar de mujeres solas?
E- Sí.
P- ¿Por qué pedías eso?
E- Porque tenía miedo de relacionarme con algún hombre, que me gustara alguno y abandonar mi tratamiento…
P- ¿Te había pasado antes?
E- No, nunca me pasó, pero me siento débil, me sentía débil con el tema del, digamos, del amor, ¿viste?, cuando uno se enamora, como yo cuando me enamoro me entrego por completo y solo me importa eso y siempre fui como muy agarrada de mis parejas, al criarme sola, digamos, entre mis hermanos y cada uno hizo lo que pudo con su vida, entonces como que siempre yo buscaba ponerme de novia para que, para tener un lugar, una contención, una familia, y no un novio cualquiera, un novio que tenga familia, por más que sea drogado, que tenga padre, madre, donde nosotros vayamos a una casa y tengamos un plato de comida caliente, alguien nos espere, nos cuide, nos rete, ¿viste?, como que, nada, eso, entonces yo decía, bueno capaz que ¿viste?, voy y me termino enamorando de un drogado y somos dos drogados en la calle, ¿viste?, y pierdo mi tratamiento. Más que yo pensaba en eso, más que nada en eso.
(María, 35 años).

Sin embargo, hubo algunas entrevistadas que dijeron preferir la posibilidad de convivencia con varones con una visión contraria a la anterior, mencionando que es una forma de enriquecer los tratamientos o que se "llevan" mejor con los varones que con las mujeres. En varios relatos se mencionó la idea de que la convivencia entre mujeres solas es más compleja, reforzando el mito de que las mujeres son más complicadas que los varones.

Por último, hubo otras entrevistadas que no le dieron importancia a este tema.

P- ¿Vos elegiste este lugar porque eran solo mujeres?
E- No.
P- No. ¿Y qué te parece que sean solo mujeres? ¿Cómo te está resultando?
E- No, no, bastante bien, a lo cómoda que son todas mujeres y capaz no te cohibís ante un varón, pero como que las mujeres somos bastante complicadas también [risas].
P- ¿En la convivencia?
E- Sí, entonces a veces trae conflictos.
(Melanie, 17 años).

P- ¿Son todas mujeres aquí?
E- Todas mujeres menos el director, que es el licenciado y es mi psiquiatra, mi psicólogo personal.
P- ¿Y te parece bien que acá la internación sea solo de mujeres?
E- A mí me gustaría más mixto.
P- ¿Por qué?
E- Porque creo que traería menos problemas. Porque las mujeres siempre tenemos algún "runrún", por una cosa o por la otra, me miraste mal o hablaste algo, entonces pienso que habiendo hombres y mujeres hay menos problemas.
(Alicia, 63 años).

Las respuestas brindadas por las mujeres entrevistadas sobre las situaciones en las que se han encontrado por transitar consumos problemáticos, las barreras que describen al acceso de la atención de sus propia salud, reflejan la vulnerabilidad que viven cotidianamente.

Estas situaciones son percibidas también por las y los referentes de las instituciones de salud que las atienden, como se verá en el próximo capítulo.

Capítulo 5

La miradas de las y los referentes

En este capítulo se abordan las respuestas brindadas por las y los referentes entrevistados. Sus discursos se analizaron a partir de las mismas categorías utilizadas para el análisis de los relatos de las mujeres, con el objetivo de poder comparar sus puntos de vista y hallar puntos de encuentro acerca de las formas que adquieren las barreras simbólicas al acceso que se describieron en el capítulo anterior.

5.1. Las representaciones sociales sobre las mujeres

Al indagar sobre las representaciones sociales que existen sobre las mujeres consumidoras, los y las referentes mencionaron que ellas son vistas como mujeres que imitan el modelo masculino, mujeres que ponen su cuerpo como un bien de cambio y ligado a situaciones de prostitución o mujeres objeto. Existe una idea en el imaginario social de que las mujeres son "más adictas que los varones, pero se recuperan más rápido".

> E- No tengo una respuesta para decirte porque estaría adivinando, pero me da la sensación de que la mujer tarda más quizás en manifestar su problemática y lo maneja más desde la sexualidad, se prostituye mucho. Se acuestan con uno, con otro, salta más por ahí el tema (…). Bueno, socialmente la mujer tiene un lugar distinto, por eso te digo, a mí me parece que la mujer, toda su problemática, la canaliza más por la sexualidad, ahora, ¿qué factores hacen que la mujer haga eso? Yo creo que también es porque son familias que no les dan un lugar o un rol significativo dentro de la familia.
> (Mercedes, referente).

> E- A mí me parece que cuando la mujer empieza en el tema de las adicciones hay una cosa como de identificación masculina, a la calle, a la violencia, como que en ese punto se masculinizan y desde ahí pueden hacer cualquier cosa y hasta por ahí te diría que llegan a cosas más complicadas más rápido…
> P- ¿Que sería "complicado"?
> E- Claro, digo se vuelven más drogonas más rápido y más jóvenes que los varones, me parece que la mujer en ese punto cuando se identifica, sale a una cuestión más agresiva, más desbordada y como que se hace pelota más rápido, pero también más rápido puede salirse de eso.
> (Guillermo, referente).

Los/as entrevistados/as reconocen que existe menos tolerancia social hacia las mujeres consumidoras y son más sancionadas socialmente.

E- En la mujer está mucho más ligada a la prostitución al consumo, entonces esas cosas son las que hacen que por ahí se les dificulte más, tanto dejar de consumir y darse cuenta de todo lo que están haciendo, como acercarse al hogar a pedir ayuda, porque hay mucha discriminación. Ahora no tanto, pero al principio del hogar lo escuchabas mucho entre los chicos, que "vos que venís si sos una puta", ¿viste?
(Sofía, referente).

P- ¿Cómo te parece que son vistas las mujeres que consumen?
E- Muchísimo peor. Muchísimo peor que un varón que consume, yo creo que por eso se esconden, por eso hacen otra, por eso se quedan.
(Ana, referente).

E- Me pasó a mí en un grupo en una escuela, que estaba esto de ver al otro como un objeto, ¿me entendés?, o sea la utilización del otro y esta mirada así machista.
(Carlos, referente).

E- La mayor cantidad de población del barrio es de villa inmigrante. Hay bolivianos, paraguayos, peruanos, y en ese lugar yo te diría que hay como una sanción todavía más dura con respecto a la situación de la mujer, y hay como mucha incomprensión hasta del propio género con respecto a las situaciones de, entre comillas, abandono, que ejerce una madre con respecto a sus hijos. Entonces desde ese lugar sí hay una sanción que se escucha, se ve, se siente, digo, cuando hay alguna situación que involucra a los pibes, por ahí no llega la demanda de la mujer, entonces intervenimos, tratamos de armar una estrategia, pero más allá del pedido de ayuda también aparece la condena respecto a cómo puede hacer semejante cosa, cosa que no se escucha con respecto a los hombres, digamos.
(Eduardo, referente).

Esta situación hace que la problemática de las mujeres en consumo aparezca invisibilizada y muchas veces genera que las mujeres demoren más tiempo en pedir ayuda o acercarse a alguna organización o institución, y por lo tanto demoren la posibilidad de iniciar un tratamiento y/o su propia recuperación.

5.2. Desigualdades entre los géneros: los roles tradicionales

De la misma manera que en las entrevistas a las mujeres, en las experiencias de las y los referentes se mencionó la intervención de otras mujeres colaborando para la recuperación de otros y otras, reforzando así su rol como cuidadoras de terceros: de otras mujeres, de varones, de sus hijos/as, de sus padres y/o madres.

E- También uno podría decir que los varones suelen ser traídos al tratamiento por alguna mujer, esa mujer puede ser la madre o puede ser la esposa, y no necesariamente es al revés, o sea no es que las mujeres llegan al tratamiento porque las trae algún marido o algún hombre, no necesariamente es así.
(Ariel, referente).

P- ¿Y a las mujeres quién las trae?
E- La familia, las madres. Las madres, sí, las madres, los padres a veces.
P- ¿Y a los varones?
E- Y… tenemos varones que vienen por ejemplo acompañados de sus mujeres, casados, sus hermanas, su familia, el acompañamiento mayor siempre es de alguna mujer. Puede ser la madre, la hermana, las hijas.
P- ¿El adulto responsable siempre es una mujer?
E- Sí. No siempre, pero, digo, en la mayoría [de los casos] es una mujer. Es la madre, la hermana, la cuñada, la hija.
(Mercedes, referente).

P- Y cuando se acerca algún familiar, ¿quién es ese familiar?
E- En general la mamá, las hermanas también, en general mujeres. Mirá, mayoritariamente la preocupación viene por el lado de las mujeres. Mamás, hermanas, pareja, novia, en general una mujer que intenta traer, digo, como todos, hay casos de papás que traen una nena, pero en general mayoritariamente las que demandan son mujeres, ya te digo, es como el vínculo con los varones.
(Eduardo, referente).

E- Y en general siempre las madres. (…) Soy la coordinadora de la casa, y también trabajo con las familias, o sea yo trabajo con todo lo que es la red que aparece, la red del residente. Puede ser que aparezca familia o puede ser que el residente llegue por algún amigo que lo trae, por algún tío o por algún otro familiar, o sea, no siempre vienen acompañados de papá o de mamá. Pero sí es norma de la casa que tienen que tienen que venir con un adulto responsable que acompañe el tratamiento, porque como es un centro que funciona de 8:30 a 16:30, nosotros trabajamos con lo que llamamos “internación domiciliaria”, que

sería algún adulto responsable que acompañe al residente cuando no está en la casa. El segundo y cuarto sábado de cada mes yo me reúno con la familia, estas personas adultas responsables de los residentes que lo acompañan en el tratamiento.
(Susana, referente).

E- Hay casos también de los varones, pero hay una cosa de desamparo familiar, en las mujeres siempre fue mayor que en el caso de los varones, porque bueno, socialmente, por lo menos esto es a mi criterio, la mujer un poco aparecía como cuidadora, como la mujer madre, entonces eso no se articulaba con las representaciones sociales del tema de la adicta, entonces era como mucho más tempranamente abandonada por la familia. En cambio los varones venían, aun siendo grandes, con alguna pareja, alguna mujer, alguna mamá a veces de mucha edad que venía, ¿no?, para ocuparse de un tratamiento, capaz que tenía 90 años y venía con el hijo. Con la mujer no es tan así, aparece como la cuestión más temprana del desamparo, por decirlo de alguna manera, ¿no? Esto se ve reflejado en los Grupos de Familia que tienen acá. Y claro, se ve reflejado en el concepto de familia, es un concepto te diría casi abstracto, digamos, viene el que está en ese momento, puede ser desde el cura de la villa que lo trae hasta la otra institución de la que se lo derivó, o la última pareja, el amante, el proxeneta, qué sé yo, depende. Acá tenemos internadas mujeres, travestis, trabajamos con el tema de identidad de género, y por ahí el referente es el mismo tipo por ahí que la prostituye, entonces es complicado, pero bueno, se trabaja con lo que hay.
(Rubén, referente).

Estas diferencias sociales repercuten en la salud de las mujeres. Así existen diferencias importantes en la naturaleza, prevalencia, riesgos y consecuencias de los problemas de salud y, por ende, en su posibilidad de prevenirlos o evitarlos.

También la mayoría de las y los referentes sostuvo que las mujeres que han estado en sus instituciones generalmente han tenido parejas que consumían drogas también. Y en muchos de los casos también son sus parejas varones quienes les proveen las drogas.

E- El ambiente de consumo es el mismo, muchas buscan, por lo menos en los relatos, buscan a veces cuando están en consumo parejas que consuman justamente porque les proveen de drogas …
P- ¿Y eso pasa al revés?
E- No. Porque además la mujer muchas veces, si son de clases sociales más bajas, termina prostituyéndose para poder bancarse el consumo, estando con un consumidor que consigue o porque roba o porque la vende, zafan de tener que hacer eso. Para el varón no. El varón consumidor muchas veces funciona como proveedor de droga para la mujer adicta y no al revés.
(Guillermo, referente).

E- Los varones son los que más parejas tienen que no consumen, pero las chicas, ahora que estoy pensando, generalmente todas han tenido parejas de chicos que consumen. Sí, y por ahí de hecho empiezan a venir los dos juntos.
(Sofía, referente).

E- Todo lo que tenga que ver con su propio cuerpo. Entonces no es casual que muchas tengan parejas que también consumen o que venden, o parejas o relaciones, entonces ya sabemos por dónde viene el poder adquirirla. Por eso te digo, no sé, yo creo que en cuanto al inicio parece que estamos a la par, ¿viste?, no creo que sea muy distinto, pero al pedido de ayuda me parece que se retarda, me da la sensación, por lo que veo acá, que viene es más lento que el de los chicos.
(Susana, referente).

En cambio, es más frecuente encontrar varones con parejas mujeres que no consumen: mujeres sostenedoras. Un referente mencionó a ellas como "mujeres adictas a varones que consumen". Una vez más, vemos cómo socialmente se reproducen los estereotipos de género.

P- ¿En general las parejas de las mujeres consumidoras también consumen o no necesariamente?
E- Sí, sí.
P- ¿Y en el caso de los varones?
E- No. Hay mujeres que consumen consumidores en vez de droga.
P- ¿Cómo sería eso?
E- Desarrollan un vínculo dependiente cual si estuvieran consumiendo, digamos el vínculo que se genera.
(Ariel, referente).

E- Sí, siempre. Y hay mujeres muy sostenedoras. Yo a veces me impresiono. Justamente antes de atenderte a vos, una mujer muy sostenedora del marido, que ya lo conoció cuando era consumidor, tiene 20 años de consumo y lo banca y lo banca y lo banca, se cansa, se pelea, ¿viste?, tuvo dos chicos con él y vos decís ¿cómo pudo llegar a tener dos chicos?, y después te das cuenta de que hay patologías que se juntan, ¿no? Que uno consume y la otra no consume pero tienen patologías afines.
P- Y en el caso de las mujeres en general, ¿tienen parejas que también consumen?
E- A ver, encontrás más parejas con varón consumidor sostenidos por sus mujeres…
P- ¿Que no consumen?
E- Que no consumen, o que consumen. Cuando es la mujer la que consume… generalmente si la mujer consume el varón consume.
(Mercedes, referente).

Las inequidades mencionadas abonan la reproducción de un modelo de género tradicional, que se apoya en el sistema de relaciones de género patriarcal, basado en relaciones jerarquizadas y de poder/subordinación de hombre a mujer. Dado que estos modelos coexisten unos con otros, aún hoy se conservan mandatos sociales del modelo tradicional, si bien los modelos más contemporáneos y transicionales son más flexibles.

Es fundamental poder identificar –y poner en cuestión– estereotipos de género que subyacen en las personas en general –y también en los trabajadores/as de la salud como en las mismas consumidoras– que motivan actitudes que se traducirían luego en barreras a la accesibilidad y en sesgos diagnósticos y terapéuticos.

5.3. Recuperación doméstica

Al igual que mencionaron las entrevistadas, algunos referentes también dijeron que las mujeres "aguantan más", ocultan, esconden sus problemas de consumo mejor, tardan más en manifestar su problemática y en pedir ayuda.

> E- A mí porque me parece que no… entra en consumo con mayor edad la mujer, por lo que yo veo en este lugar, estamos hablando de este lugar, porque me parece que cada lugar es distinto. Pero es como que la mujer entra, para mí, más grande. Por la experiencia que tengo acá, porque si bien tienen hijos siendo más chicas, es como que eso las corre a veces un poco de ese lugar.
> (Susana, referente).

Esta visión sobre el ingreso tardío de las mujeres al consumo y a los tratamientos aparece ligada a la concepción de que las mujeres "aguantan más porque tienen más recursos para sobrevivir en la calle".

> E: Bueno, pero no te contesté la pregunta de por qué hay más varones que mujeres. La verdad que no sé… lo que yo te podría decir es que la mujer por ahí tiene algunas formas de sobrevivir más en la calle que el varón, me parece, sobre todo ligadas a la prostitución y al lugar que tiene la mujer en la calle. Tiene una forma de sobrellevar o de retrasar el inicio del consumo por un lado, y al mismo tiempo tiene un lugar más denigrado que el varón en la calle, el lugar de la mujer es de denigración, de objeto, de objeto de uso, de objeto de abuso, y me parece que si se ubican en ese lugar, como que perduran más tiempo, y cuando inician el tratamiento muchas veces lo hacen en forma muy, digamos, deterioradas… No creo que sea la demora en el inicio, es que sobrellevan el consumo, me parece, en relación a la posición que tienen como objeto, que se ubican como objeto de abuso,

sobreviven en alguna actividad relacionada con la prostitución, sobreviven como objeto, pareja-objeto de algún rufián.
(Ariel, referente).

E- Primero, creo que es menor la cantidad de mujeres que varones que consumen, creo que estadísticamente es una señal esto de que haya menos mujeres que varones. No tengo una respuesta para decirte porque estaría adivinando, pero me da la sensación de que la mujer tarda más quizás en manifestar su problemática y lo maneja más desde la, ¿cómo se dice?, desde la sexualidad, se prostituye mucho, en la sexualidad. Yo creo que esta cosa de se acuestan con uno, con otro… salta más por ahí el tema.
(Mercedes, referente).

Sin embargo, según estas explicaciones las mujeres tendrían una estructura familiar que las ayuda a rehabilitarse mejor, tienen una capacidad de reponerse diferente y, a su vez, cuenta con una manera de relacionarse con sus pares diferente a la del varón (los vínculos entre pares varones favorecería las recaídas), más favorable para su recuperación –aunque no necesariamente en una institución.

E- También creo que cuando la mujer tiene una estructura familiar más o menos que le funcione, le resulta más fácil salir de la consumo problemático que al varón. Digo, en el tratamiento en general responden mejor y muchas veces, creo, pueden interrumpir el consumo durante períodos más o menos, aun sin tratamiento. Me parece que la mujer cuando no está demasiado marginalizada, digamos, a mí me llegan muchas chicas de la calle, del paco, que están muy mal, que están con el cerebro quemado, pobrecitas, por decir una expresión un poco fuerte pero gráfica, ¿no?, entonces esas chicas tienen pocas posibilidades y por ahí están acá una semana y comen, duermen y se quieren ir a la calle inmediatamente a volver a lo mismo porque no hay nada que las contenga en el afuera, ¿no? Entonces hay una población que está muy deteriorada, pero cuando no hay, cuando no es así el deterioro, simplemente hablando de una cuestión de género, ante un varón con una estructura familiar más o menos funcionante y una mujer con una estructura familiar más o menos funcionante, para la mujer le resulta más fácil dejar la droga que para el varón. El varón en ese sentido es más… pelotudo [baja la voz y ríe]. ¡Eso!
(Guillermo, referente).

E- No sé, porque tienen me parece una capacidad de reacción y de reponerse o por la maternidad o porque hay algo donde la vinculación con los pares no le resulta tan atractiva, ¿no? El varón está más con el grupo de amigos y cuando sale del tratamiento y vuelve a pegarse a eso en general recae. La mujer me parece que tiene una capacidad de salirse de eso que para el hombre es más dificultosa, entonces, tal vez por eso hay más reincidencia

de varones, más varones en tratamiento, digo. Me parece que al varón en ese punto un poco se le complica.
(Guillermo, referente).

Pero a su vez, las mujeres –al cumplir el rol de cuidadoras de otros y tener una relación diferente a las de los varones con sus pares y por sus condiciones de socialización– tendrían un contexto en el cual contarían con menos personas de su entorno que las persuadan de asistir a un tratamiento o que las acompañen en ese proceso.

E- La mujer, al tener menos redes, por ahí llega menos, supongo que tendrá que ver con eso... Y menos redes es menos acompañamiento de la familia, menos presencia de alguna otra instancia de la comunidad que articule y que la traiga acá, ese tipo de cosas, a eso me refiero.
(Rubén, referente).

5.4. La maternidad, ¿una barrera?

Solo una de las organizaciones donde se realizaron entrevistas ofrece la opción de internación con las y los hijos. Los/as referentes entrevistados/as dieron su interpretación sobre la influencia de la maternidad en las mujeres que consumen drogas. De acuerdo a sus relatos, los y las hijas pueden ser una razón para abandonar el consumo. Pero también ellos "pesan más" sobre las decisiones de las mujeres, es decir, existe mayor presión social hacia las mujeres para que no consuman si son madres y/o están embarazadas o lo oculten. También los y las hijas dificultan la posibilidad de que las mujeres realicen un tratamiento prolongado que implique la internación.

E- Y… depende. Depende si la mujer tiene hijos o no, porque la que tiene hijos, que a veces nosotros le decimos "bueno, vos tenés que hacerlo por vos", no "por ellos". La mujer que tiene hijos sí busca la rehabilitación en función de su ser madre, o sea, en función de no abandonar, porque obviamente, cada vez que desaparecen, por ejemplo cuando entran en estas situaciones que se van, la mujer se va igual que el hombre, o sea, no es una cuestión de género esto, se van igual, la diferencia es que la mujer como que padece más el hecho de dejar a sus hijos. Cuando se contacta con esto, porque en el momento que está en el consumo pierde totalmente cualquier contacto con la realidad, digamos de estos hijos, es más fuerte, le pesa más.
(Susana, referente).

E- Pero en general siempre hay otros, hay un familiar que se está haciendo cargo de esos hijos, los padres de los consumidores no se pueden hacer cargo de los hijos. (…) Muchas veces las mujeres cuando tienen hijos, y sobre todo si tienen hijos pequeños, son más renuentes a la internación.
(Ariel, referente).

E- Mirá, hasta ahora la maternidad funcionó. En los casos así que hemos tenido de maternidad, muy positivos, ha sido como una razón de vivir, como encontrarle un sentido a la vida, porque se ha trabajado el embarazo, el cuidado contra el consumo en el embarazo, y es como que eso ha ayudado muchísimo como para que dejaran de consumir.
(Mercedes, referente).

E- Tenemos un caso glorioso de una chica que, después de 18 años de calle y consumo, dejó a partir de esto.
P- ¿De la maternidad?
E- No, ya tenía cuatro hijos, pero a partir de esto que nosotros la buscábamos, la llevábamos a bañarse, le dábamos algo de comer y la llevábamos inmediatamente a la [Maternidad] Sardá mientras que íbamos hablando por teléfono con esta doctora. La doctora la recibía en el momento y ahí, al empezar a ver a su hijito, ya estaba de 8, 9 meses, estaba a punto de parir cuando se dejó acompañar de esa forma.
(Sofía, referente).

E- En las mujeres muchas veces es el disparador para dejar de consumir. Por ahí no el primer embarazo, por ahí el tercero, el segundo…
P- ¿Y por qué te parece?
E- Por las edades. Porque no es lo mismo tener un hijo a los 16, donde más allá de todo lo que es la adolescencia, de no tenerle miedo a la muerte, de no reconocer el peligro, de la omnipotencia de la adolescencia sumado al consumo, el vínculo con el hijo no está, no… creo que no están ni emocionalmente preparadas. En cambio ya con el segundo, tercer hijo, te pega el haber dejado a tus hijos, ya sos más grande, entonces empezás a ver que tu hija no te dice mamá, sino que le dice mamá a tu mamá y que a vos te dice por tu nombre, y bueno, entonces generalmente como que empiezan a engancharse con el segundo o el tercer embarazo.
(Sofía, referente).

De acuerdo con lo observado en cada uno de los lugares visitados, así como también lo indagado en las entrevistas a los y las referentes, se registra una mayor concurrencia a las actividades cuando las mujeres pueden dejar a los hijos/as con otros o cuando hay juegotecas o guarderías en los lugares.

E- Cuando empezamos a pedirles que vengan con los hijos, ahí es cuando se empezó a agrandar el círculo de mujeres que venían, y de hecho hay chicas que vienen al Hurtado [una de las instituciones], que no están en consumo sino que vienen por todo lo que El Hurtado representa, ¿no?, el acompañamiento de la vida y demás. Por ahí son mujeres de chicos consumidores, pero son chicas que vienen a aprender a ser madres porque ahora se creó lo que es “El Rinconcito de Niños”, donde ellas mismas son las mamás cuidadoras…

P- ¿Ellas cuidan a sus propios hijos o cuidan…?

E- Y a los de otras. Se turnan, lunes y jueves hay un equipo, martes y viernes hay otro equipo, porque los miércoles nosotros no abrimos, y los sábados hay dos catequistas que coordinan el grupo de El Rincón de Niños. Entonces se turnan y hacen juegos y ahora compraron libritos como para enseñarles a los chicos y demás, para pintar…

P- ¿Te parece que fue un facilitador que hubiera una especie de rincón de chicos?

E- Sí, nosotros primero las invitábamos a ellas, después les dijimos que vengan con los chicos. A partir de que empezaron a venir con los chicos, eso duró uno o dos años, y eran tantos en un momento había más chiquitos que chicos en recuperación, y los chiquititos de dos, tres años, tres chicos juntos ya es un despelote, imaginate 20, entonces tuvimos que empezar a crear esto.
(Sofía, referente).

Es importante destacar que el único lugar encontrado que recibe mujeres para internación con hijos lo hace solo hasta los 6 años de edad, y en este momento se encuentra en revisión esta posibilidad por la complejidad que implica.

Desde la mirada de algunos/as referentes, en el caso de las mujeres nuevamente aparece y se refuerza la maternidad como mandato social, el querer dejar el consumo por sus hijos/as, para no perderlos.

Otros referentes, en cambio, manifestaron su opinión completamente contraria y mencionaron que el embarazo o los/as hijos/as no necesariamente ni mucho menos siempre son un impulso a dejar el consumo.

E- La maternidad no. No, no. A veces en los relatos de las pacientes, algunas en el período de embarazo interrumpen un tiempo, pero después del parto muchas por ahí vuelven. Tiene que haber algún clic interno que la lleve a tomar la decisión de dejar, que no es la maternidad, digo, la mayoría de las que están internadas tienen hijos y no uno, tienen hijos y se han drogado, algunos casos más graves, pero que son los menos, se han drogado durante todo el embarazo, por ejemplo. En general durante el embarazo muchas interrumpen, o si eran drogas más pesadas intentan quedarse nada más con lo que consideran que era más liviano, o sea que en el embarazo sí aparece un cierto cuidado muchas veces, pero poco después del parto vuelven a lo mismo. Muchas incluso a veces se internan cuando están embarazadas justamente por ese período de querer cuidar un poco el bebé. Cuanto más deterioro social hay, menos cuidado hay, ¿no?, entonces, hay unas que embarazadas y todo se siguen drogando como si nada fuera, ¿no? El tema del deterioro familiar, la cuestión social, bueno, tiene un efecto muy importante sobre el consumo problemático, ¿no?... La decisión de dejar, de salir de la droga yo creo que es un punto de inflexión personal, que no lo podría generalizar.
(Guillermo, referente).

Por último, observamos una vez más las diferentes variables que aparecen en las decisiones de las mujeres, de los y las referentes de organizaciones y que requieren una necesaria intervención por parte del Estado. Sostener servicios (aunque no sean redituables) debería ser una responsabilidad que no recaiga en las buenas voluntades de las personas ni de las organizaciones de la sociedad civil.

5.5. Discriminación y violencias

Los/as referentes señalaron que casi la mayoría de las mujeres (aunque también muchos varones) han sufrido violencias y abusos.

> E- Les da miedo la estigmatización a la discriminación, es lo que yo supongo. Desde el género femenino es como segregativo, ¿no? Es más aceptado socialmente, en todo tipo de drogas, eso, en el alcohol, en las drogas ilícitas, es más aceptado socialmente que el hombre consuma y no, se mira de otra manera, y no que la mujer consuma. Generalmente la mujer que consume no tiene mucho apoyo de la familia a diferencia del hombre que o no lo cuenta, hay consumos ocultos, o consumos que la familia lo sabe y dice: bueno, de esto no se habla…. incluso es necesario internación y a veces la posterga porque tiene miedo de que le saquen el cuidado de sus hijos, hay muchas cuestiones específicas.
> (Carlos, referente).

> E- Yo creo que existe todavía más sanción social hacia la mujer que consume que hacia el varón. De alguna manera, por lo menos en los sectores populares, no sé si en todos lados, no sabría que decir en otros lados, pero me parece que en los barrios, la mujer que consume está como poniendo en cuestión también la cuestión de la maternidad, y en los barrios la cuestión de la maternidad es muy fuerte, es un lugar de identificación muy, muy poderoso para las pibas, por eso por ahí también el predominio del embarazo adolescente. Nosotros vemos en la escuela algunas cosas que podrían servir como para pensar alguna pista, que las chicas que son mamás, para salir los fines de semana, ir a bailar y consumir alcohol y por ahí aparece el consumo del alcohol y qué sé yo, tienen más dificultades o aparecen más esporádicamente porque como son mamás, combinar adónde dejan el pibe y cómo lo dejan, ¿no?, entonces aparece ahí como una cuestión de sanción que no aparece para los pibes que también son papás.
> (Eduardo, referente).

La necesidad de abordar el tema de la violencia en los tratamientos fue una constante en todas las mujeres. Los/as referentes mencionaron que han tenido que habilitar espacios para abordar este tema, que se trata tanto en instancias individuales como grupales.

E- Violencia familiar hay en todo, hay mucho abuso, eso es algo…
P- ¿No solo en las mujeres?
E- No. Hay un 95% diría yo, creo que no exagero, de que todos han sufrido algún abuso. Como en general sucede, el primer abusador es algún familiar directo, no padrastro, no tío, bueno a veces sí, ¿no?, pero las madres y padres…
P- ¿Hablás de abuso sexual o abuso en general?
E- Sexual. ¡Abuso en general del 100 x100!
P- 95%...
E- Sí, es altísimo. Uno empieza a hablar de un abuso sexual y hay cinco que lo siguen, "no, yo también, a mí también me pasó, ahora que lo cuentan yo también quería decir que a mí una vez", ¿viste?
(Ariel, referente).

Los referentes escuchan muchos relatos de abusos por parte de familiares, así como situaciones frecuentes de violencia de género y violencia familiar.

E- Hay casos en que los dos son violentos y por ahí vienen los dos con un moretón, y entonces ahí sí intervenimos con ellos, los acompañamos, vamos a la casa, comemos con ellos; hay un psiquiatra que está trabajando con nosotros hace un tiempito que es especialista en violencia, y él aborda los casos donde hay violencia, no sé si sería de género, ?eh? porque en estos casos es ida vuelta, o sea, no es que él pega a la mujer y la mujer es sumisa y demás, sino que los dos son violentos entre ellos y ahí interviene mucho Martín acompañándolos, y tanto violencia de pareja como violencia de padres hacia los hijos o de los hijos hacia los padres.
(Sofía, referente).

E- Hay un saber hacer bastante, te diría, aceptable, muchas de estas personas vienen en el afuera de hechos gravísimos de violencia, hasta de muertes, con balazos en el cuerpo, cicatrices por peleas terribles, y acá en general, la verdad que no se dan, cada tanto puede aparecer en la institución.
P- ¿Eso que relatás es en el caso de varones? ¿O de mujeres también?
E- No, no, de ambos, varones y mujeres. Acá hay mujeres que han sido coordinadoras de pandillas o jefas de pandillas…
P- ¿Y violencia de género refieren, en situaciones de pareja?
E- Sí, sí, hay mucha historia, como relato, mucha historia traumática, mucha historia de violaciones en el seno de lo familiar, eso hay mucho, sí, el tema de la seducción está, aparece en los varones también, ¿eh?, la seducción familiar en los varones también, no solamente en la mujer, pero en la mujer es muy, muy, muy pregnante, ¿no? Del padre, el padrastro, el hermano, aparece mucho, y la secuencia en esta cuestión de desvalorización, la secuencia

de prostitución, ¿no?
(Rubén, referente).

Por parte de las parejas de las mujeres, las situaciones de amenazas y control también son habituales. Estas situaciones muchas veces son toleradas por ellas bajo la promesa de sus parejas de que dejarán el consumo.

E- Está muy presente en los pibes, porque fijate, lo eligieron ellos a través de la música y se expresaban estas cosas en las letras, que después cuando lo trabajás un poquito era lo que habían vivido ellos en la relación de sus padres o de su mamá y la pareja, y eso se volvía a repetir en ellos porque, ahora no me acuerdo bien qué decía otra de las letras, que era que "si no estoy con vos me mato", o sea directamente [se ríe], o sea era un hombre que le demostraba el amor a su mujer pero de una manera tan extrema que bueno, "si vos me dejás, si no puedo estar con vos", "yo dejo la droga" incluso también decía…
P- Claro. Como amenaza y como una forma de control también.
E- Como que él le decía que iba a dejar la droga, que quería estar con ella y estar bien pero que no lo dejara.
(Carlos, referente).

E- Lo que hay mucho en las mujeres es la prostitución como un modo de conseguir dinero para el consumo, y entonces por ahí en alguna circunstancia donde están ejerciendo la prostitución aparece alguna situación de abuso porque no quiere pagar o…
(Eduardo, referente).

E- A mí me parece que la mujer está más para dentro en esto, que consume pero que está más para adentro, que vive otras cuestiones, la cuestión de la maternidad, por ejemplo. Ese temor, porque esto es así, vos te drogas, yo te saco los pibes… La mujer se lo traga, la mujer lo vive para adentro, esto de los hijos, esto de la violencia, todo tipo de violencia, ¿eh?, me refiero a todo tipo de violencia, física, sexual, la violencia psicológica, todo tipo de violencia. La mujer se la morfa, eso me parece que es uno de los frenos, como las barreras para que no haya demasiado acceso. Por algo a externos es el lugar donde más mujeres vienen.
(Ana, referente).

5.6. Servicios para varones

La organización de los servicios pareciera regirse por variables que no tienen en cuenta necesariamente las posibilidades de la población asistente. Cuando se les preguntó a los referentes acerca de los lugares donde trabajan, la oferta de horarios, de servicios en función de la accesibilidad a

los mismos, en general no manifestaron inconvenientes con los horarios que tienen. Al preguntarles el detalle de los mismos, especialmente los tratamientos ambulatorios, hubo variedad en las respuestas. Algunos horarios respondían a la conveniencia de los profesionales, principalmente, ya sea por tener otros trabajos o porque el servicio se encuentra en una zona considerada peligrosa, o en el caso de las dependencias de salud por respetar los horarios de los centros de salud. Ninguna de las y los referentes entrevistados trabajaban en instituciones con tratamiento ambulatorio que tuviera horarios que se extiendan hacia la noche, ni los fines de semana.

E- Nosotros decidimos este horario, lo elegimos institucionalmente. Hay instituciones que trabajan más a la noche, pero bueno, como nosotros tenemos una actividad muy fuerte a nivel comunitario y en escuelas…
P- ¿En prevención?
E- En prevención. Esta institución no se sostiene solamente con el Centro de Tratamiento. Entonces, hay otra razón también, que es más económica, te diría, y es que nosotros trabajamos con un nivel de profesionales de mucha experiencia, muy acreditados en el tema, porque como yo te decía, no trabajamos con operadores, entonces al trabajar hasta las seis de la tarde, eso les permite tener un consultorio, y eso hace de que uno pueda también contar con ellos."
(Mercedes, referente).

P- ¿Hasta qué hora está abierto el edificio?
E- El edificio hasta las 6 de la tarde, 6, 7 de la tarde. El tema es como te decía, generalmente el CESAC tiene esa amplitud horaria.
(Carlos, referente).

En general hay diferentes ofertas de tratamientos en los lugares visitados, todos ofrecen trabajo individual, grupal, talleres recreativos, etc. Si bien cada institución tiene sus particularidades y reglas, en general –y dentro de las posibilidades de atención que cada lugar ofrece– se define en función de cada persona el tratamiento más adecuado a sus necesidades, según los dichos de los referentes entrevistados.

Especialmente en los lugares de internación de ONG, las personas que se encuentran internadas comparten algunas actividades con aquellos que asisten a los tratamientos ambulatorios. Esto no se observa necesariamente en los demás lugares donde fueron realizadas las entrevistas.

Como se mencionó anteriormente, solo uno de los lugares donde se hicieron entrevistas tenía internación de mujeres exclusivamente.

En el caso de las mujeres jóvenes, menores de 18 años, la separación es un facilitador, tanto para las instituciones como para las familias, que buscan que sus hijas eviten nuevos conflictos.

E- El tema de las mujeres solas entiendo que tiene una ventaja importante en el punto de las menores, por ejemplo me pasa con obras sociales o con el Gobierno de la Ciudad, que cuando son menores insisten mucho en que las podamos incorporar nosotros porque…
P- ¿Y vienen acá al hogar de mujeres solas?
E- Y vienen al lugar de mujeres solas, porque el tema de las menores con la cuestión de la sexualidad es una complicación seria para las instituciones. Si llegan a transgredir la pauta de la abstención íntima de una menor porque la institución se vuelve responsable, entonces en las clínicas psiquiátricas, por ejemplo, la menor se tiene que internar con la madre. (Guillermo, referente).

Ante esta pregunta, las respuestas de los y las referentes fueron similares a las brindadas por las mujeres. Así, vieron como necesario para las mujeres que existan lugares de tratamiento que contemplen a los hijos (en todos los formatos: ambulatorios o internación) y mayor accesibilidad en cuanto a la existencia de lugares de juego paralelos para sus hijos/as (en relación a este punto fueron relatadas experiencias exitosas de juegotecas o grupos organizados para los niños en los momentos que sus madres asistían a su tratamiento).

E- Por ahí sí me parece importante destacar que las mujeres son las que mucho menos ayuda reciben de parte de instituciones. Primero que las mujeres lo demandan mucho menos, pero cuando lo demandan es muy difícil encontrar un lugar para ellas, con sus hijos. Hemos tenido casos de chicas que han querido ir a ambulatorios y no las han dejado con los hijos, entonces como no tenían dónde dejar a los hijos no fueron… No piden tanto la internación las mujeres… Las chicas no la demandan tanto, pero por esto mismo, porque ellas saben que tienen que dejar a los hijos, y además cuando empiezan a pedir recuperarse, lo que quieren en el fondo es recuperar a sus hijos, entonces no me voy a internar para recuperarme y dejar a mis hijos porque, es lo mismo que nada…. A partir de que nosotros las acompañamos con los hijos, se recuperaron un montón de ellas.
(Sofía, referente).

E- Estaría bueno que haya un cupo de mujeres, al menos hasta que las cosas vayan cambiando. Y esto de necesidad de guarderías, porque la mujer sigue estando a cargo de los chicos, el hombre es el que a veces pasa la cuota alimentaria, a veces no, entonces esto dificulta también. (Carlos, referente).

La posibilidad que ofrece la internación separada en mujeres y varones muchas veces sirve para ampliar la capacidad de internación, es decir desde una visión de organización de la oferta del

servicio. Sin embargo, un referente entrevistado mencionó que dejaron de tener la separación entre sexos, ya que no tuvieron la suficiente cantidad de mujeres esperada y no les fue posible sostener esa división en su oferta de servicios.

E- Nosotros siempre trabajamos en forma mixta en los sistemas de internación. Cuando tuvimos la casa de Muñiz por tres años o cuatro más o menos, separamos varones en San Miguel y mujeres en Muñiz. No nos convenció, pensamos que íbamos a tener menos problemas y no tuvimos menos problemas, lo que sí logramos con eso, que era el objetivo en ese momento, fue ampliar la capacidad de internación que teníamos, y ahora la ampliamos más. Pero la mayoría son varones, es más, nosotros suponíamos que con una Casa de Mujeres íbamos a tener siempre, íbamos a tener como un "boom" de mujeres. No fue así… No hay tantas mujeres que accedan al tratamiento.
(Ariel, referente).

E- Cuando es mixto, la transgresión está más cerca, es más fácil de concretar, y tuvimos una seguidilla, entonces como se fueron dando, no fue la única razón, hubo varias.
P- ¿Por ejemplo?
E- Y, la más importante fue ampliar la base de la internación. La decisión base no fue: no nos compliquemos la vida y separemos varones de mujeres, porque al mismo tiempo que los separamos, diseñamos todo un sistema de actividades conjuntas entre varones y mujeres para que justamente los tratamientos no sean al estilo de colegio de varón y colegio de mujer, que cuando viene una mujer viste: "¡ah, no!", ¿viste?, es peor. Entonces en la semana tienen un montón de actividades en conjunto, y lo que nosotros pensamos que iba a separar la cosa fue al revés, como que entonces venía la fantasía… llegaba y llegaba la amada, y entonces la re esperaba, y se venían las chicas mostrando acá.
(Ariel, referente).

A pesar de que existe una visión de que en las comunidades mixtas se pueden transgredir las reglas, en los relatos se menciona que la separación por sexo –si no cuenta con actividades en conjunto– generalmente ocasiona mayor deseo.

Las respuestas brindadas por las y los referentes reafirman las de las entrevistadas en cuanto a la exposición y vulnerabilidad que viven cotidianamente las mujeres que se encuentran en situaciones de consumo problemático.

En este sentido, en la mayoría de los lugares se han habilitado talleres que abordan temáticas como la violencia y el cuidado sexual, dadas las experiencias que han atravesado las mujeres.

Capítulo 6

Políticas sociales

En este capítulo se desarrollará la concepción de políticas sociales a la que adscribe esta investigación y se describirán las características del sector salud en Argentina. También se abordarán las políticas sobre drogas que se han sucedido en el país, para luego analizar el enfoque de género en salud, considerando su necesaria aplicación para lograr la equidad en la situación de salud de las mujeres. Por último, se reflexionará sobre la necesidad de la existencia de políticas sobre el tema que contemplen el enfoque de género y su importancia e implementación.

6.1. Las políticas en el sector salud

Las políticas públicas –y dentro de ellas las políticas sociales– son entendidas aquí "como conjunto de acciones y omisiones" (iniciativas y respuestas, manifiestas o implícitas) que expresan "una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil" (Oszlak y O'Donnell, 1995). En conjunto, la política estatal indica las

> tomas de posición del Estado respecto de cierta cuestión, y si este conjunto tiende a variar tanto a través de diversos organismos estatales como a lo largo del tiempo, es evidente que tal política no puede ser entendida ni explicada prescindiendo de las políticas de otros actores (Oszlak y O'Donnell, 1995).

Las políticas sociales son las formas de intervención social del Estado que contribuyen a la producción de las condiciones de vida y la reproducción de la vida mediante la regulación indirecta de la forma mercancía de la fuerza de trabajo. En este sentido, la política social es una forma de intervención social del Estado que actúa moldeando y creando las condiciones de producción y reproducción de la vida, operando sobre la distribución secundaria del ingreso, es decir lo que el Estado le devuelve a la población en forma de bienes y servicios (Danani, 2009).

Las políticas sociales ponen en marcha un complejo de seguridades derivadas de la categoría de ciudadano, más allá de la situación de empleo (formal o informal) que la persona tenga. Estas políticas constituyen así una forma de intervención del Estado que actúa sobre los márgenes del sistema, es decir, sobre aquellos sectores de la población que no necesariamente están integrados a la relación salarial y alcanza a aquellos que se encuentran desprotegidos (Danani, 2009).

Las políticas del sector salud están atravesadas por la complejidad que tiene este sector en Argentina, ya que es un sistema federal donde cada provincia goza de autonomía para organizar

su propio sistema de provisión de salud. A su vez, este sector está dividido en tres subsectores: Subsector Público, Subsector de las Obras Sociales y Subsector Privado. Esta conformación especial le imprime al área de la salud una lógica peculiar, puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

El Subsector Público depende de la administración pública –nacional, provincial y municipal– y está conformado por la red de efectores de salud. Asume casi todas las acciones de prevención, atención de enfermedades infectocontagiosas, internación psiquiátrica, al tiempo que sostiene una red de servicios de emergencia médica y guardias hospitalarias, especialmente en las provincias y las regiones más deprimidas económicamente.

El Subsector de las Obras Sociales está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de obras sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

Bajo la denominación global empresas de Medicina Prepaga encontramos el Subsector Privado. Este agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las obras sociales. Este susbsector se financia a partir del aporte voluntario de sus consumidores que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social ("doble afiliación").

Debido a que las políticas condensan la materia que le brindan las significaciones sociales de la época, se nutren de las representaciones sociales y en las formas institucionales y se entretejen en la producción de subjetividad y padecimientos (Stolkiner, 1994). Las políticas actuales en materia de drogas en nuestro país se enmarcan en lo que se ha denominado prohibicionismo. La estigmatización que propician las políticas actuales en materia de drogas se entraman en las prácticas asistenciales, produciendo y reproduciendo la construcción de personas peligrosas (Pawlowicz et al., 2006).

Estas políticas determinan respuestas acerca de las "soluciones" posibles para el problema abordado. En este sentido, y en relación a los tratamientos y a los servicios especializados en la atención del consumo de drogas, existe una multiplicidad de respuestas. Desde las históricas dadas a los problemas de salud mental basadas en el aislamiento, el encierro y la reeducación de los sujetos hasta los tratamientos grupales y los ambulatorios. Si bien muchos profesiona-

les consideran que esta diversidad permitiría adecuar los tratamientos a las características de "cada caso", sin embargo, y paradójicamente, los consumidores de drogas son "pacientes que han circulado por muchos tratamientos". Al mismo tiempo, los distintos dispositivos no están articulados como un sistema.

En cuanto a la asistencia profesionalizada, existen tratamientos en internación y en forma ambulatoria. En cuanto al primer tipo, se encuentran los hospitales psiquiátricos y los centros especializados, del ámbito público o privado. En cuanto al segundo tipo, los centros especializados concentran en sí mismos distintos tipos de dispositivos que abarcan desde el encierro hasta el tratamiento ambulatorio, pasando por un área de reinserción social (que implica el reingreso de los "pacientes" con internación prolongada a su vida cotidiana). En muchos estudios se plantea la dificultad de estos dispositivos, ya que es complicado para los "pacientes" volver a vivir en su lugar de residencia luego de estar internados durante un tiempo prolongado en un ambiente controlado y alejado de su realidad. Los tratamientos ambulatorios estarían indicados para los consumidores de drogas que sostengan actividades cotidianas no relacionadas con su consumo. Encontramos allí una gran heterogeneidad de alternativas terapéuticas: tratamientos individuales, grupales y hospitales de día, implementados como dispositivos únicos o en forma combinada, como sucede en algunos centros especializados, como etapas graduales del proceso (ingreso o admisión, internación y rehabilitación). La diversidad de dispositivos institucionales para la atención de los consumidores de drogas reproduce la fragmentación del sistema de salud en el país y la heterogeneidad institucional propia del campo de la salud mental. Siguiendo a Galende (1989: 15-16),

> notablemente, cada una de las concepciones con sus tratamientos y modelos de asistencia no se reconoce como enfoque o tratamiento parcial de los problemas de salud mental, tiende más bien a configurarse como totalizantes, abarcativas, por lo que la coexistencia con otras concepciones mantiene abiertas la polémicas y las luchas por cierta hegemonía.

En este sentido, resulta fundamental poder generar información para incidir y abogar por la necesidad de políticas consientes de los temas de género. Políticas que reconozcan que las mujeres, como los hombres, tienen un importante rol para desempeñar en la sociedad; que la naturaleza de la participación está determinada por las relaciones de género, que hacen diferente esta participación y frecuentemente también la hacen desigual; y que consecuentemente, las mujeres tienen necesidades, intereses y prioridades diferentes, que algunas veces pueden entrar en conflicto con aquellos de los hombres.

6.2. Las políticas sobre drogas

Históricamente, las políticas en materia de drogas se han organizado en torno a dos ejes: la oferta y la demanda. Mientras el primero se enfoca hacia la producción y distribución de las sustancias, el segundo se orienta hacia sus consumidores. Ambos tipos de políticas se basan generalmente en la prohibición y el control (Touzé, 2006).

Podemos reconocer tres posturas sobre políticas de control de la oferta de drogas: la criminalizadora; la legalizadora; y la liberalizadora.

La criminalizadora entiende a los consumidores tanto como criminales como pacientes, que deben ser castigados y también tratados (coactivamente) e ingresados a un tratamiento.

La postura legalizadora afirma que quienes consumen drogas son enfermos, y deben ser tratados (coactivamente) en programas respaldados por el gobierno.

Por último, la visión liberalizadora concibe al consumo de drogas como una elección personal, no un crimen ni una enfermedad.

En el caso de las políticas de control de la demanda también encontramos diferentes enfoques que discuten qué hacer con las sustancias y con sus consumidores. Las políticas preventivo-asistenciales que atienden el campo de la demanda responden a dos posturas básicas: el abstencionismo y la reducción de daños. El abstencionismo propone intervenciones orientadas a eliminar el consumo de drogas. La educación sobre drogas (habitualmente denominada prevención primaria) tiene como objetivo disuadir a la población de la utilización de estas sustancias, en tanto que la asistencia a los consumidores de drogas se focaliza en la suspensión del consumo, la que muchas veces es condición necesaria para iniciar un tratamiento. La reducción de daños propone intervenciones orientadas a disminuir los efectos negativos producto del consumo de drogas. La educación y asistencia sobre drogas se basan en una jerarquía de objetivos –de corto, mediano y largo alcance– entre los que la abstinencia no es forzosamente condición necesaria. Esta última nos muestra algunas oportunidades para responder más razonablemente al problema de las drogas.

En el marco de estas políticas sobre drogas que se han aplicado en nuestro país a lo largo de los años se ubican las instituciones de salud y las organizaciones que se dedican a la rehabilitación del consumo problemático de drogas, así como también transcurren las diferentes vivencias que relataron las mujeres entrevistadas.

Resulta necesario considerar también nuevos enfoques que intentan brindar a la situación respuestas integrales. Si reconocemos al consumo de drogas como una problemática compleja, el

concepto de integralidad en la intervención resulta central. Lo complejo es relativo y contextual. Como señala Almeida-Filho (2006:138), "La idea de integralidad permite una multiplicidad de intervenciones parciales, reconociendo la unidad en la multiplicidad, y la unidad en la diversidad."

Así encontramos propuestas como el tratamiento comunitario (Milanese, 2009), que intenta evitar los movimientos de exclusión de las personas (característicos de los dispositivos tradicionales de encierro). Propone que el trabajo sea realizado dentro de la comunidad donde viven las personas, promoviendo acciones que mejoren ese ambiente, modificando sus redes de relaciones y donde no es necesario institucionalizar a quienes tienen un consumo problemático de drogas. Esta propuesta sirve principalmente a aquellas personas, familias y grupos para los que los tratamientos institucionalizados no dan los resultados esperados, que no encuentran respuestas a sus necesidades en una instancia institucionalizada tradicional. Requiere articular con otras estrategias (por ejemplo, con servicios de reducción de daños) para garantizar una mayor cobertura y adherencia, y sumar participación social, actividades productivas, revalorizando los vínculos entre las personas de la comunidad y los equipos que intervienen en las comunidades, en los territorios. Finalmente, está basado en la hipótesis de que si hay contextos que favorecen el sufrimiento social también tiene que haber contextos que permitan reducir, contener o disminuir su influencia.

Es importante mencionar que en el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, pero no fue reglamentada hasta el año 2013, por lo cual al momento de las entrevistas no estaba aún implementada.

Esta ley es importante, ya que reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ella el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre otros, el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable.

La modalidad de abordaje propuesta –en el capítulo V de la Ley Nacional de Salud Mental Nª 26.657– consiste en la construcción de la Red de Servicios con Base en la Comunidad, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de comunidad. Se considera al paradigma de Salud Mental Comunitaria un modelo a seguir debido a que integra diversas disciplinas como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional, el saber de la comunidad y la del propio usuario entre otros como el trabajo intersectorial, solidario, participativo y territorial.

Este tema se retomará en el punto 6.4 sobre políticas de drogas con enfoque de género.

6.3. Enfoque de género en los servicios e instituciones de salud

> Adoptar la perspectiva de género en salud implica vincular la división por sexo del trabajo y del poder dentro de una población, con los perfiles epidemiológicos y con las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud de esa población
>
> Gómez Gómez (2001)

No es nuevo el enfoque de género en el área de salud, por lo menos desde un plano discursivo. Sin embargo, la aplicación de acciones específicas para su concreción es una instancia bastante menos trabajada.

El énfasis puesto en las mujeres dentro del contexto de equidad de género en la salud responde a que ellas (Gómez Gómez, 2001):

- por su función reproductiva, tienen mayor necesidad de servicios de salud que los hombres;
- por su posición desventajosa en el trabajo, tienen menor acceso y menor control sobre los recursos que determinan el ejercicio del derecho a la salud;
- por su mayor necesidad de servicios en salud reproductiva y su menor capacidad económica, pagan absoluta y proporcionalmente más que los hombres por la atención de su salud;
- por pautas culturales en la división y valoración del trabajo, gozan de menor remuneración, prestigio y autonomía en el sistema formal de salud, asumen sin remuneración el cuidado de la salud en el hogar y tienen menos voz en las decisiones sobre la asignación de recursos;
- por su rol de cuidadoras informales de la salud, resultan más afectadas que los hombres por el aumento o reducción de los servicios públicos.

Alcanzar la equidad de género en la situación de salud (Gómez Gómez, 2002) significa la ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de su salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte por causas prevenibles.

Como se mencionó anteriormente, para poder medir la equidad de género en salud se pueden tomar las siguientes dimensiones: estado de salud y sus determinantes; acceso efectivo a atención de acuerdo con necesidad –la posibilidad de que esa población utilice los recursos y servicios

que se le brindan–, la gestión de salud (cómo son administrados esos recursos y servicios) y el financiamiento que destina el Estado para tal fin.

En materia de estado de salud, la equidad de género se reflejaría en niveles de salud y bienestar comparables en mujeres y hombres, no solo entre sí, sino en relación con los niveles alcanzables en poblaciones específicas, esto es, los niveles de salud de las mujeres y los hombres de los grupos de mayor privilegio social.

El análisis de los determinantes de género –el cual analiza los factores determinantes de género como consecuencia de los roles de género que refieren a las identidades masculina y femenina– considera que

> la salud-enfermedad es un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida, e incorpora al enfoque de género el estudio de las actitudes, vivencias y formas de enfermar, consultar y morir que están influidas por los factores psicosociales en general y, entre ellos, los determinantes psicosociales de género (Velasco, 2008).

Estos últimos refieren a los modelos y roles sociales de género, construidos por cada sociedad y las vivencias subjetivas pertenecientes a las identidades masculina y femenina, influidas por los ideales correspondientes a cada una (Burin et al., 1990). Los factores psicosociales incluyen: las situaciones y relaciones sociales, laborales, familiares y personales, los acontecimientos biográficos y vitales, las crisis de ciclo vital, vivencias y actitudes. Estos factores psicosociales determinantes –debidos al modo de vida de género– son causantes de diferentes formas de enfermar entre los sexos, así como de los estilos de vida y las dificultades para cambiarlos, incluso de las formas de buscar ayuda en los servicios de salud y de responder a las prescripciones médicas. Así, la conducta de las mujeres está condicionada por los determinantes psicosociales de género, sobre todo del modelo de género tradicional, que es necesario considerar. Los modelos de género –tradicional, de transición, contemporáneo, o igualitario (Velasco, 2008)– se reproducen a través de estereotipos y representaciones sociales sobre cómo son los hombres o las mujeres, que actúan para producir discriminación y vulnerabilidad en el ámbito del trabajo, en el ámbito educativo, sanitario o cualquier área del contexto social. Dentro de este modelo tradicional los mandatos apuntan a que las mujeres sean dependientes, deben poner el cuidado de los otros por encima de su propio cuidado, indecisas, entre muchos otros posibles imperativos.

En el área de los determinantes socioeconómicos de la salud, la equidad de género significa igualdad de acceso y control sobre los recursos que hacen posible el ejercicio del derecho a la salud (alimento, vivienda, ambiente sano, educación, información, trabajo, remuneración, tecnologías y servicios, entre otros). Sumados a estos, encontramos los factores socioeconómicos, y juntos contribuyen al proceso de salud enfermedad de las personas.

En la atención de la salud, la equidad de género implica que los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres; los servicios se brinden y reciban según las necesidades particulares de cada sexo, independientemente de la capacidad de pago.

La equidad de género en la gestión de la salud va más allá de garantizar igual salario por trabajo de igual valor en el sector formal de la salud. Exige, a partir de la valoración del cuidado no remunerado provisto por las mujeres en el hogar y la comunidad, una distribución justa del costo real de la provisión de atención, no solo entre hombres y mujeres, sino también entre la familia, la comunidad, el Estado y el mercado. Requiere, además, una participación igualitaria de mujeres y hombres, particularmente de los sectores de menores recursos, en la toma de decisiones sobre la definición de prioridades y la asignación de recursos, públicos y privados, necesarios para asegurar la salud.

En la participación en la gestión de la salud, la equidad de género demanda un balance justo en la distribución por sexo del trabajo (remunerado y no remunerado), de las compensaciones asociadas con ese trabajo, y del poder en la toma de decisiones.

Entendemos que el acceso a la atención a la salud implica entonces una utilización equitativa de los servicios que evite y compense desigualdades sociales, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades de las personas.

6.4. Hacia una política de drogas con enfoque de género

Hasta el momento, los estudios que se han realizado en nuestro país priorizan la indagación sobre la cultura del consumo y sus diferencias genéricas, es decir cómo son los consumos en hombres y en mujeres. En este sentido, consideramos que esos estudios trabajan o aportan más a la idea de una dimensión cultural de la accesibilidad, donde el otro cultural a ser investigado es el/la usuaria.

Pero poco conocemos sobre el sesgo de género en la atención y en la relación que se establece entre trabajadores de la salud, servicios y consumidoras (y las particularidades que requiere esta atención). Consideramos necesario profundizar este análisis: planteamos aquí que la accesibilidad a los servicios de salud no solo se relaciona con su oferta y con la cultura del consumo de los sujetos, sino también con las políticas del sector y con los mecanismos y dispositivos que regulan las relaciones entre ellos y la población. En este sentido, los servicios de salud están condicionados por las políticas públicas, las leyes, la economía, los paradigmas médicos, los valores culturales y los problemas sociales, que son condiciones estructurales que se expresan en las relaciones personales entre profesionales de la salud y los consumidores y consumidoras del sistema.

Aplicar la perspectiva de género en las políticas y programas de salud es un desafío y para lograrlo es necesario incorporar marcos teóricos y enfoques que abarquen un concepto de salud integral, que considere la salud como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Es imprescindible considerar los factores sociales y de vulnerabilidad psicosocial y cómo esta interviene en la salud, así como tener en cuenta cómo esos factores afectan de forma diferente a hombres y mujeres y, a menudo, generan discriminación, violencia, desigualdades e inequidad, que repercute directamente sobre el proceso de salud. En este sentido, es imprescindible observar cuáles son las representaciones sociales existentes de las mujeres y sobre las mujeres consumidoras de drogas y cómo influyen en la atención y en las políticas y programas implementados en esta temática. Se trata de analizar los estereotipos que, aún hoy, colocan a las mujeres en posiciones de subordinación y desventaja, que suponen un riesgo para la salud, e incluso, a veces, situaciones de alto riesgo para la vida.

Estos son los contenidos ineludibles del enfoque de género en salud, el cual nos permitirá pensar estrategias que sean más adecuadas para unos y para otras, buscando no solo mejorar su calidad de vida, sino también avanzar hacia acciones que permitan comenzar a cerrar las brechas y desigualdades entre varones y mujeres.

Resulta indispensable también trabajar de manera integral –no fragmentada– el consumo problemático de drogas. Sabiendo que, al menos para el contexto de nuestro país y para el contexto latinoamericano en general, el consumo problemático de drogas está asociado a un problema de integración social en contextos de exclusión, entendemos que el consumo de drogas es un hecho complejo que no se puede abordar de un modo aislado de los contextos sociales en los que se da. Esto lleva a requerir respuestas novedosas y flexibles que contemplen una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en la que converjan tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas de abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas.

Es por ello que se requieren "respuestas elaboradas en la proximidad de los grupos sociales que padecen dichos problemas, de modo que ellas constituyan acercamientos a los escenarios y situaciones que los motivan". El abordaje integral comunitario sostiene que el significado asociado a las drogas está determinado no solo por sus propiedades farmacológicas, sino también por la forma en que una sociedad define su consumo y por las estrategias preventivas y de intervención que utiliza. Una política preventiva del consumo abusivo de drogas no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica y de los aspectos psicológicos y culturales de los consumidores (Camarotti, 2015).

Desde esta perspectiva integral se piensa a los consumos de drogas de una forma novedosa –o al menos poco instalada–, ya que se tienen en cuenta los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y cuidado en sus propios contextos socioculturales. De esta forma,

> las desigualdades, la falta de oportunidades, la marginación, las vulnerabilidades, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, los problemas de vivienda, el analfabetismo, la estigmatización que sufren quienes consumen drogas, independientemente del nivel socioeconómico en que se encuentran, deben considerarse también determinantes sociales de la aparición masiva de los consumos abusivos de drogas (Camarotti, 2015).

Desde esta concepción de la salud se busca habilitar a los sujetos individuales y colectivos a participar activamente, siendo ellos mismos los que brinden respuestas posibles, ayudados por profesionales o referentes sociales.

> A partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo de los determinantes socioestructurales y de sus influencias sobre las prácticas, los sujetos comienzan a desarrollar sus potencialidades para modificar ambas condiciones hacia horizontes de bienestar construidos y reformulados según sus propias experiencias (Camarotti, 2015).

Las políticas de drogas no pueden pensarse ni ponerse en práctica si no las pensamos y actuamos como parte integral del sistema de políticas sociales.

> En el campo de las intervenciones, esto conlleva algunos desafíos, como la generación de diálogos entre diferentes instancias, lógicas y actores, para atender a la complejidad de los usos de drogas, en sus múltiples contextos. Es necesaria una red de atención con distintos niveles de exigencia, que mejore la accesibilidad y abarque prevención, atención en crisis, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños e integración social (Touzé, 2006).

En este sentido es importante mencionar la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que implica un cambio de paradigma, ya que deja de lado un enfoque tutelar para pasar a uno que pone el acento en los derechos de las personas que reciben los tratamientos. La ley incluye expresamente a las personas con uso problemático de drogas. Según Graciela Touzé, el punto principal a destacar es que la nueva norma "implica un cambio de paradigma al pasar de un enfoque tutelar de las personas con padecimiento psíquico y de consumo problemático de drogas a uno que los considera sujetos de derecho". Touzé sostiene también que "el artículo 4 de la ley obliga a que se respeten los derechos humanos y la autonomía de las personas con consumo problemático de drogas, al incluirlas expresamente dentro del área de la salud mental". La autora expresa:

> 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 (Intercambios, 2010).

La ley impide la internación involuntaria, salvo como "recurso terapéutico excepcional", consagra el derecho a recibir tratamiento que menos restrinja derechos y libertades del paciente, así como la posibilidad de acceder a los antecedentes, las historias clínicas y el derecho a ser informado de manera adecuada de las alternativas de atención y a tomar las decisiones relacionadas con su tratamiento. Por último, modifica el artículo 482 del Código Civil, cuyo texto dirá de ahora en más que "no podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por

causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial".

6.5. Recomendaciones para nuevas políticas sobre drogas

Resulta evidente la necesidad de una política sobre el consumo de drogas en la que se contemple el enfoque de género en los servicios. Y que incluya además la multiplicidad de efectores y actores que intervienen en esta problemática, evitando reproducir una lógica de fragmentación de la atención y aislamiento que muchas veces perciben tanto las mujeres como los equipos profesionales.

Contemplar y profundizar sobre este tema desde la mirada de las propias mujeres para mejorar su accesibilidad a tratamientos y acciones de reducción de daños asociados al consumo de drogas, así como también de las personas referentes de instituciones de salud y rehabilitación, parece ser el camino indicado.

De acuerdo a los relatos de las mujeres entrevistadas y considerando las barreras –principalmente simbólicas– que surgieron de sus discursos para poder iniciar y sostener un tratamiento, resultan muy significativas las representaciones sociales que existen sobre las mujeres consumidoras de drogas. La mujer relegada al ámbito doméstico para lograr su recuperación, sola o ayudada por otras mujeres, por miedo a ser estigmatizada, a perder a sus hijos, la mujer considerada en su rol de madre, y por ello doblemente discriminada por mujer y por madre consumidora. Otro hallazgo significativo fue la asociación siempre presente entre consumo de drogas y situaciones de violencia hacia las mujeres. Todas relataron haber sido violentadas y/o abusadas de diversas maneras. En este sentido, las visiones románticas sobre el amor y las parejas, los estereotipos reproducidos socialmente sobre las mujeres, los roles asignados por género y las formas de socialización de las mujeres se presentan como prejudiciales para el cuidado de su propia salud e incluso reforzando situaciones que las ponen en riesgo y vulnerabilidad permanente.

A su vez, la falta de servicios organizados que tengan en cuenta estas realidades no favorece el acercamiento de las mujeres a las instituciones y organizaciones que tienen espacios de rehabilitación de drogas.

Por todo ello, es importante favorecer estrategias que contemplen:

- Que el tema sea visibilizado. Ver al género no como una dificultad sino como una diferencia que contempla una atención particular. Tener en cuenta las particularidades que tenemos las mujeres podría llevar a evitar que se presenten obstáculos en la recuperación.

- Que se pregunte a las mujeres qué necesitan y no dar por sentado estereotipos que no las representan. Los casos son particulares, pero la mayoría de las mujeres siguen siendo la principales responsables de los niños y niñas.

- Que la violencia es un tema recurrente que necesariamente debe ser abordado en los espacios de atención.

- Pensar dispositivos de trabajo que recuperen un contexto de atención familiar y comunitaria.

- Pensar dispositivos de trabajo que incluyan en forma opcional espacios para los hijos/as.

- Trabajar en la formación y en la atención con una perspectiva de género en los servicios e instituciones que se ocupan del tema.

- Sensibilizar al personal a cargo de admisiones y de atención desde un enfoque de género.

- Sensibilizar a referentes barriales para favorecer el acercamiento de las mujeres a los tratamientos.

- Crear grupos interdisciplinarios de estudio y debate para la investigación e implementación de políticas sobre el tema.

- Proponer una red de atención integral con distintos niveles de exigencia, que mejore la accesibilidad y abarque la prevención, la atención en crisis, los tratamientos, la rehabilitación, la reducción de daños y la integración social

- Abogar por una legislación y/o reglamentación sobre el tema que contemple particularidades y espacios diferenciales para mujeres, varones, hijos/as, familias.

- Trabajar desde una perspectiva de igualdad de oportunidades entre varones y mujeres a través del acceso y permanencia en los servicios de salud, y de respeto por los derechos humanos.

El enfoque de derechos permite superar la visión de las políticas sociales como parte de una lógica signada por la oferta de beneficios de tipo asistencial, que pueden o no ser asumidos por órganos estatales, para encauzarse en la definición de parámetros mínimos de dignidad cuya garantía es responsabilidad del Estado, mediante los distintos instrumentos que tiene a su alcance. A partir de este enfoque, se busca la promoción de nuevas políticas que superen décadas en la consideración de las personas como meros "beneficiarios" de programas sociales de corte asistencial para pasar a su valoración en tanto titulares plenos de derechos (Pautassi, 2007).

El tránsito de las políticas sociales focalizadas hacia la inclusión de derechos surge de la búsqueda de nuevos elementos superadores ante el evidente fracaso de las políticas focalizadas –que fueron implementadas en décadas pasadas– y que fueron promovidas particularmente por organismos internacionales a partir de programas dirigidos a los sectores más pobres.

En consecuencia se hace necesario pensar las políticas sociales en general –y las políticas sobre drogas en particular– desde un enfoque de derechos humanos, que tome en consideración las dificultades subjetivas, producto de vivir en determinadas condiciones sociales y las diferentes oportunidades de vida según género, etnia, clase, etc. que operan como obstáculos en la posibilidad de apropiarse de sus derechos.

> El acceso a recursos disponibles en la sociedad que hacen al mejoramiento de la vida para el conjunto de los ciudadanos y grupos sociales, como la previsión, la protección y la asistencia ante situaciones de necesidad o vulnerabilidad de cualquier naturaleza, la educación, el acceso a bienes y servicios culturales, a servicios de salud y públicos en general, a ambientes preservados, además del consumo básico que depende del ingreso, deben corresponder a derechos pre-establecidos al margen de la condición laboral y socioeconómica del sujeto. Es decir, salvaguardados normativamente con alcance universal (Grassi, 2005).

6.6. Conclusiones

Recuperando lo dicho anteriormente, entendemos que el vínculo de las mujeres con los servicios de salud y de organizaciones de rehabilitación se construye de una manera compleja y está atravesado por diferentes barreras culturales y simbólicas que se dejan traslucir en los discursos de las mujeres entrevistadas.

La invisibilización de las mujeres consumidoras continúa siendo una problemática y un obstáculo para que ellas puedan acceder a su propia recuperación. Continúan vigentes y reproduciéndose socialmente estereotipos, roles de género y mandatos sociales que refuerzan la invisibilización de su consumo y no favorecen sus posibilidades de recuperación ni de elección de alternativas.

El miedo a ser estigmatizadas como mujeres adictas, a no perder nunca esa etiqueta social, funciona como un refuerzo para no asistir a los lugares de asistencia o demorarlo en el tiempo.

Las opciones de autocuidado o de recuperación doméstica surgen como posibilidades mucho más concretas en el caso de las mujeres. También se destaca la forma de socialización diferente a la de los varones, que aumenta el aislamiento de las mujeres en situación de consumo.

El rol social de la mujer como cuidadora, así como la prevalencia de las ideas del amor romántico y la posibilidad del rescate por amor, refuerzan estereotipos que no favorecen a las mujeres

ni al cuidado de su salud. La violencia de género aparece significativamente retroalimentando las situaciones de consumo de sustancias.

La maternidad aparece en los relatos tanto como un motivo para la recuperación como un obstáculo que impide o demora los tratamientos o desencadena situaciones de abandono (ya sean situaciones de abandono real y/o temores). Aparecen en los relatos –en forma reiterada– sentimientos ambivalentes en relación a los/as hijos/as y más aún para involucrarlos con ellas en los tratamientos ambulatorios y/o internaciones.

Resulta necesario que los servicios (tanto ambulatorios como de internación) y las organizaciones que reciben a mujeres incluyan espacios destinados a sus hijos o hijas, lo cual sería un facilitador para que muchas de ellas accedan a los tratamientos. De todos modos, la problemática no se limita a resolver solamente este punto, ya que operan en ella barreras culturales y simbólicas mucho más complejas de desentrañar y modificar en la sociedad.

Resulta necesario contribuir a la sensibilización de los servicios de salud en relación a las particularidades que requiere la atención de las mujeres mediante la formulación de una serie de recomendaciones que puedan aportar tanto para los y las trabajadoras de la salud como para la reorganización de los servicios.

Es imperioso considerar todas estas particularidades de las mujeres en las organizaciones e instituciones que abordan tratamientos para su recuperación. Los roles y estereotipos de género que siguen reproduciéndose socialmente contribuyen a que el abordaje del consumo de las mujeres sea invisible tanto para ellas mismas como para quienes piensan y diseñan las políticas, programas y servicios que se ocupan del tema.

Promover la inclusión del enfoque de género para alcanzar la igualdad y equidad en relación a la salud de las personas debería ser un objetivo común a todos los niveles del sistema de promoción y atención de la salud. Del mismo modo, trabajar por la disminución de la discriminación por sexos, de las desigualdades e inequidades y de los impactos desfavorables en la salud de los modelos sociales de género.

Estas situaciones plantean la necesidad de realizar transformaciones no solamente en la formación, sino también en los modelos de atención, lo que implica como punto de partida la reflexión acerca de los diferentes factores que influyen en la adecuación o inadecuación de las prácticas. Factores que van más allá de la sensibilización personal de los profesionales en relación con determinados procesos socioculturales. Plantear una atención intercultural e integral-comunitaria implica la necesidad de un cambio profundo relacionado con la capacidad de analizar la formación adquirida y la lógica de las instituciones de salud, analizar las prácticas y saberes de

todos los sujetos y grupos (incluidos los mismos integrantes de los equipos de salud) insertos en contextos socioeconómicos y culturales más amplios. Se trata de un cambio complejo, ya que significa recorrer un camino distinto que permita que, sin sacrificar la eficiencia, las habilidades de los integrantes del equipo de salud se adecuen a la resolución de los problemas de quienes demandan ayuda y no al revés.

Pensar las intervenciones desde un enfoque integral requiere de una reflexión permanente sobre las intervenciones y sobre las relaciones entre las partes. Se fundamental continuar profundizando en este tema y en alternativas que hagan más inclusivos a los servicios que se brindan.

Esperamos que las reflexiones de este trabajo resulte un aporte para avanzar con los estudios sobre accesibilidad y enfoque de género y su influencia en las políticas destinadas a incluir a las mujeres y sirvan como inspiración para otros/as continuar y profundizar las líneas de trabajo aquí esbozadas.

Bibliografía

Almeida-Filho, N. (2006). "Complejidad y Transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones". En: Revista Salud Colectiva, 2(2): 123-146. Buenos Aires.

Arana, X. y Germán, I. (2005): "Las personas consumidoras de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas consumidoras con patología dual y mujeres consumidoras de drogas". Ponencia presentada en el II Symposium Internacional sobre Reducción de riesgos: globalización y drogas. San Sebastián, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. Nº 19.

Attardo, C. (2012): "Género y Salud. Las Políticas en acción". En: Tajer, D. (comp.), Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud, Buenos Aires, Lugar Editorial.

Barcala, A. y Stolkiner, A. (2000): "Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso". Anuario de Investigaciones. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA, VIII: 282-295.

Bonder, G. (1998): "Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente". En: Genero y Epistemología: Mujeres y Disciplinas. Santiago de Chile, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Universidad de Chile.

Breilh, J. (2013): "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". En: Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31 (supl 1): S13-S27.

Bruno, D.; Demonte, F. y Tufro, L. (2010): "Interculturalidad". Texto de cátedra del seminario de Comunicación, Cultura y Desarrollo. Buenos Aires, UBA.

Bueno, B. et al. (2010): "Accesibilidad al sistema de salud en las mujeres del barrio 9 de Noviembre". Bahía Blanca, Universidad Nacional del Sur, Departamento de Ciencias de la Salud.

Burin, M. (1998): "Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos", en Estudios sobre la subjetividad Femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires, GEL.

—. (1999): "Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables". En: Burin, M. y Dío Bleichmar, E. (comp.), Género, Psicoanálisis, Subjetividad. Buenos Aires, Paidós.

Burin, M.; Moncarz, E. y Velázquez, S. (1990): El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires, Paidós.

Camarotti, A.C. y Kornblit, A.L. (2005): "Representaciones Sociales y Prácticas de Consumo del Éxtasis". En: Convergencia, 38: 313-333.

Camarotti, A.C. y Touris, C. (2009): "Consumo/uso de pasta base en mujeres de zonas marginalizadas del sur de la Ciudad de Buenos Aires". Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.

Caro Blanco, C. (2008): "Un amor a tu medida. Estereotipos y violencia en las relaciones amorosas". En: Revista Estudios de Juventud, 83: 213-228. Barcelona.

Castel, R. y Coppel, A. (1994): "Los controles de la toxicomanía". En: Ehrenberg, A. (comp.), Individuos bajo influencia. Buenos Aires, Nueva Visión.

Chiara, M. et al. (2010): "Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de San Fernando". Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento.

Comes, Y. (2003). "Accesibilidad: una revisión conceptual". Manuscrito no publicado. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA.

—. (2005): "Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres por debajo de la línea de pobreza". Memoria de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA.

Comes, Y. et al. (2007): "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". Anuario de investigaciones, volumen XIV, Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones.

Comes, Y. y Stolkiner, A. (2004): "'Si pudiera pagaría': estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres consumidoras pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales". Anuario de investigaciones, volumen XII, Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones.

Conrad, P. y Schneider, J. (1985): Desviación y medicalización. De la maldad a la enfermedad. Ohio, Merril Publishing Company.

Danani, C. (2005): “Política social: la naturaleza política de las condiciones de vida”, en: La construcción sociopolítica de la relación asalariada: obras sociales y sindicatos en la Argentina, 1960-2000. Tesis doctoral en Ciencias Sociales. Buenos Aires, FSOC/UBA, mimeo.

—. (2009). “La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización”. En: Chiara, M. y De Virgilio, M.M. (org.), Gestión de la política social. Conceptos y herramientas. Buenos Aires, Prometeo-UNGSM.

De la Cruz, M.J. y Herrera, A. (2002): Adicciones en mujeres. Las Palmas de Gran Canaria, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

Del Olmo, R. (1997): “Los medios de comunicación social y las drogas”. En: Comunicar, 9: 119-124. Montevideo, Frontera Editorial.

Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones (2010): Informe final. Buenos Aires, Observatorio del Gobierno de la CABA.

Eco, U. (1993): Cómo hacer una tesis. Barcelona, Gedisa.

Engelman, M. (2006): “Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud”. Anuario de investigaciones, volumen XIV. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones.

Epele, M. (2008): Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el gran Buenos Aires, Argentina”. En: Antípoda, 6: 293-312.

—. (2010): Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires, Paidós.

Faur, E. (2004): Masculinidades y desarrollo social. Las relaciones de género desde las perspectivas de los hombres. Bogotá, UNICEF, Arango editores.

Fernández, A.M. (1993): La mujer de la Ilusión. Buenos Aires, Paidós.

Ferrara, F. (1985): Teoría Social y Salud. Buenos Aires, Catálogos.

García del Castillo, J.A. (2005): “Género, drogas y futuro”. En: Salud y drogas, 5(2): 7-10. Alicante, Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Gilmore, D. (1994): Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad. Barcelona, Paidós.

Gómez Gómez, E. (2001): "Equidad, género y salud". Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género, 18 y 19 de octubre 2001. Santiago de Chile, OPS/OMS-FONASA.

—. (2002): "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica". En: Revista Panamericana Salud Pública, 11(5-6): 327-334, OPS.

—. (2008): "La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género". En: AA.VV., La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Washington D.C., OPS, Cepal, CSIC.

Grassi, E. (2005): "Problemas de la teoría, problemas de la política, necesidades sociales y estrategias de política social". En: Lavboratorio. Estudios sobre cambio estructural y desigualdad social, 16.

Guzmán, V. (2002): "Género en las Políticas Públicas". Buenos Aires, Centro de Estudios de la mujer.

Hamilton, G. (2001): "Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos". Disponible online en: <http://www.isalud.org/documentacion>.

Hernández, I.; Arenas, M. y Valdez, R. (2005): "No dejarse caer en cama: las mujeres y los servicios de salud". En: Cad. Saúde Pública, 21(4): 1210-1216.

Intercambios Asociación civil (2010): "Intercambios celebra la sanción de la nueva ley de Salud Mental. Un cambio de paradigma". Disponible online en: <http://intercambios.org.ar>. [Último acceso: 7 de marzo de 2017.]

Jodelet, D. (1986): "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En: Moscovici, S. (comp.), Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona, Paidós.

Kornblit, A.L. (2007): Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires, Biblos.

Kornblit, A.L. y Camarotti, A.C. (2015): "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo". En: Salud Colectiva, 11(2): 211-221.

Kornblit, A.L.; Camarotti, A.C. y Di Leo, P. (2010): Prevención del consumo problemático de drogas. Módulos ESI. Módulo I: La construcción social de la problemática de las drogas. Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación, Educ.ar, Unicef, IIGG.

Ley 26.485. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires, 14 de abril de 2009. Disponible online en: <www.infoleg.gob.ar>. [Último acceso: 7 de marzo de 2017.]

Ley N° 26.934. Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos. Buenos Aires, 28 de mayo de 2014. Disponible online en: <www.infoleg.gob.ar>. [Último acceso: 7 de marzo de 2017.]

Mendicoa, G. (2003): Sobre tesis y tesistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje. Buenos Aires, Espacio editorial.

Menéndez, E. (1988): "Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud". Ponencia presentada en las II Jornadas de atención primaria de la salud. Buenos Aires, AMRHNRG-CONAMER.

—. (1994): "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?". En: Alteridades, 4(7): 71-83. Iztapalapa, UAM.

—. (2003a): "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En: Ciencia & Saúde Coletiva, 8(1): 185-207, Río de Janeiro.

—. (2003b): Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. México, CIESAS, SPAM.

—. (2006): "Interculturalidad, diferencias y Antropología at home: algunas cuestiones metodológicas". En: Fernández Juárez, F. (comp.), Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural, Quito, Abya-Yala y Universidad de Castilla-La Mancha.

Meneses Falcón, C. (2002): "¿Una atención específica para mujeres drogodependientes? Reflexiones para el debate". En: Revista Proyecto, 43: 5-9. Madrid, Universidad Pontificia Comillas.

Milanese, E. (2009): Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. Manual de trabajo para el operador. México, Centro Caritas de Formación, Plaza y Valdés.

Mora, L. (coord.) (2006): Igualdad y equidad de género: aproximación teórico-conceptual. Herramientas de trabajo en género. Caracas, UNFPA.

OAD (2014): Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad. Municipio de Berisso. Observatorio Argentino de drogas. Sedronar, Presidencia de la Nación.

—. (2007) Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2006. Disponible online en: <http://www.observatorio.gob.ar/>. [Último acceso: 7 de marzo de 2017.]

OEA (2012): Informe del uso de Drogas en la Américas. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD. Washington, Organización de los Estados Americanos.

OIT, OPS/OMS (2002): "Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo". Ponencia presentada en la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington D.C.

OMS (2009): "Las Mujeres y la Salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana. Resumen analítico". Ginebra, OMS.

ONU (2005): Tratamiento del consumo de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Nueva York, ONU. Disponible online en: <https://www.unodc.org>. [Último acceso: 7 de marzo de 2017.]

OPS (2010). Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. Washington, OPS.

OPS (2009). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública. Washington, OPS.

OPS/OMS (2004): Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington, PALTEX.

Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1995): "Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación". En: Redes, 2(4), 99-128.

Otero, M. y Otero, I. (2002): "Glosario de Términos de Auditoría en Salud". Especiales Gerencia Salud – Auditoría en Salud. Portal de Gerencia y Marketing de Servicios de Salud. Disponible online en: <http://www.gerenciasalud.com>. [Último acceso: 7 de marzo de 2017.]

Parga, J. (2009): “Incorporación de la equidad de género en las Políticas de drogas: Visibilizando la situación de las usuarias”. Congreso internacional las políticas de equidad de género en prospectiva: nuevos escenarios, actores y articulaciones. Buenos Aires, Flacso, noviembre de 2010.

Pautassi, L. (2007): “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”. Serie Mujer y desarrollo N° 87. Santiago de Chile, CEPAL-Naciones Unidas.

Pawlowicz, M.; Rossi, D.; Galante, A.; Faraone, S.; Goltzman, P.; Zunino, S.; Touzé, G.; Silberberg, M.; y Cymerman, P. (2006): “Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario”. Memoria de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA.

Pecheny, M. y Manzelli, H. (2002): “Vida cotidiana con VIH-SIDA y/o Hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización”. Cuadernos del Ciclo de Seminario de Salud y Política Pública. Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Petracci, M. y Kornblit, A.L. (2007): “Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista”. En: Kornblit, A.L. (comp.), Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires, Biblos.

PNUD (1997): Informe Sobre Desarrollo Humano. Nueva York, UNDP.

Ravazzola, M. y Daskal, A.M. (1989): “La enfermedad nuestra de cada día”. En: Rev. Sistemas Familiares, año 5, N°2, agosto.

Rekalde, A. y Vilches, C. (2004). Drogas de ocio y perspectivas de género en la CAV. Vitoria, Observatorio Vasco de Drogodependencias.

Rodríguez, E. (2001): “Perspectivas de género en los problemas de droga y su impacto”. Ponencia presentada en el I Symposium Nacional sobre consumo problemático en la mujer. Madrid, Instituto Spiral.

Romaní, O. (1999): Las drogas: sueños y razones. Barcelona, Ariel.

Romo Avilés, N. (2001): Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile. Bilbao, Gakoa.

—. (2010): “La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas”. En: Revista Española de Drogadependencias, 35(3): 269-272.

Rossi, D.; Pawlowicz, M. y Singh, D. (2007): Accesibilidad de los consumidores de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de salud. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil.

Ruiz, M.T. (2001): “Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinantes de la estructura de salud de la Comunidad”. En: Miqueo, C.; Tomás, C. y Tejero, C. (eds.), Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid, Minerva.

Sacchi M.; Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007): “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud en familias pobres de la ciudad de Salta”. En: Salud Colectiva, 3(3): 271-283.

Scott, J.W. (1996): “El género: Una categoría útil para el análisis histórico”. En: Lamas, M. (comp.), El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México, PUEG.

Souza Minayo, M. (2004): “Concepto de Representaciones Sociales”. En: El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Stolkiner, A. (1994): “Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental”. En: Saidón, O. y Troianovsky, P. (comps.), Políticas en salud mental, Buenos Aires, Lugar editorial, pp. 25-53.

Stolkiner, A. et al. (2000): Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso del libro La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires, Dunken.

Stolkiner, A.; Mauro, M.; Solitario, R. y Garbus, P. (2006): “La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años”. Anuario De Investigaciones, Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA.

Tajer, D. (2009): Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria de hombres y mujeres. Buenos Aires, Paidós.

—. (comp.) (2012): Género y salud. Las políticas en acción. Buenos Aires, Lumen.

Touzé, G. (org.) (2006): Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

—. (2010): Prevención del consumo problemático de drogas: Un enfoque educativo. Buenos Aires, Ministerio de Educación, Troquel.

Touzé, G. et al. (1999): Prevención del VIH/sida en consumidores de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil.

UNODC (2016): Informe mundial sobre las drogas 2015. Nueva York, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONU.

Valls, C. (2006): Mujeres invisibles. Barcelona, De bolsillo.

Vázquez, A. (2006): "Discursos y prácticas sobre la drogodependencia en profesionales de la salud. Su relación con la Accesibilidad simbólica de personas que usan drogas a servicios de salud de un hospital estatal del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". UBACyT. Memoria de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Velasco Arias, S. (2008): "Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud". Madrid, Observatorio de salud de la mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo.

—. (2010): "Determinantes psicosociales de la salud. Informe sobre método y determinantes psicosociales de género en enfermedades cardiovasculares. Para Revisión del Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de la Comunidad Valenciana". Valencia, Dirección General de Salud Pública.

Wallace, S. y Enríquez-Haas, V. (2001): "Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención medica en vías de cambios para los adultos mayores de EE. UU". En: Revista Panamericana de Salud Pública, 10(1): 18-28.

Wainerman, C. (2007): "Mujeres que trabajan. Hechos e ideas". En: Torrado, S. (comp.), Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo xx, tomo II. Buenos Aires, Secretaría de Cultura de la Nación y Edhasa.

Wainerman, C. y Sautú, R. (1997): La trastienda de la investigación. Buenos Aires, Editorial de Belgrano.

ANEXO