



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social**

**Título del documento: Consumo de Paco y la enfermedad de la Tuberculosis : un análisis desde la intervención comunitaria de Casa Masantonio**

**Autores (en el caso de tesistas y directores):**

**Maria del Pilar Moreno**

**Mariano Ivan Retamoso**

**Lucía María Szapsiowicz Salazar**

**Claudia Balenzano, dir.**

**Alejandra Cuasnicu, co-dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis: 2023**

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](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)





**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**  
**ÁREA DE INVESTIGACIÓN:**

**Consumo de Paco y la enfermedad de la Tuberculosis:**  
**Un análisis desde la intervención comunitaria de Casa Masantonio**  
Trabajo de Investigación Final

**Autores:**

Moreno Maria del Pilar, DNI: 41.757.940, [mapilarmoreno99@gmail.com](mailto:mapilarmoreno99@gmail.com)  
Retamoso Mariano Ivan, DNI: 30.887.153, [nanomir9@gmail.com](mailto:nanomir9@gmail.com)  
Szapsiowicz Salazar Lucía María, DNI: 39.558.776, [luciaszap@gmail.com](mailto:luciaszap@gmail.com)

**Tutora temática:**

Lic. Balenzano Claudia, [claubalenzano@yahoo.com.ar](mailto:claubalenzano@yahoo.com.ar)

**Tutora metodológica:**

Alejandra Cuasnicu

**Seminario TIF:**

2º cuatrimestre 2022

**Fecha de presentación:**

02/11/2023

## Agradecimientos

*A la Casa Masantonio, a cada pibe y piba, por compartirnos su vida, abrirnos las puertas y hacernos sentir en casa*

***A los pibes y pibas de Casa Masantonio que ya no están, y que le dieron pelea a las injusticias de una sociedad desigual***

*A la Comunidad Organizada, por enseñarnos que la lucha es siempre colectiva y constructora de lazos sociales*

*A la educación pública y de calidad, particularmente a la Universidad de Buenos Aires y a la Facultad de Ciencias Sociales, que nos permitió formarnos en la construcción de un Trabajo Social comprometido con los derechos humanos y la justicia social*

*A nuestras familias y amigxs, por sostenernos durante el transcurso de toda nuestra formación profesional*

*A nuestra tutora temática, Claudia Balenzano, por acompañarnos en este proceso*

*A nosotrxs, por contenernos y acompañarnos en este duro proceso de creación colectiva de esta investigación*

## **Resumen**

El siguiente trabajo de investigación pretende analizar los distintos factores que impactan en el contagio, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en las personas en situación de consumo problemático de pasta base en la villa 21-24 y el núcleo habitacional transitorio Zavaleta, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se analizarán estos factores en base a las personas que participan de la Casa Masantonio, y las estrategias que lleva a cabo la institución para el abordaje de la tuberculosis y el consumo problemático de pasta base. Se caracterizan las condiciones socioeconómicas desfavorables, habitacionales deficitarias, falta de contención familiar y problemáticas vinculares en esta población; y cómo estas inciden en el tratamiento de la tuberculosis, que afecta desproporcionadamente a poblaciones vulnerables. El subsistema público de salud presenta dificultades para garantizar adherencia a tratamientos prolongados, describiremos las distintas barreras de accesibilidad que se presentan a la hora de acceder al mismo. Se describen las distintas estrategias por parte del Estado, así como el marco legal, para abordar estas problemáticas. Se estudia la intervención comunitaria de Casa Masantonio ante las barreras de accesibilidad al sistema de salud formal. La estrategia comunitaria e integral de Masantonio, basada en lazos de confianza con Acompañantes Pares, logra mejor adherencia. Se concluye que abordajes territoriales y colectivos son centrales frente a problemáticas complejas como el paco y la tuberculosis, que requieren respuestas integrales, no sólo sanitarias. Las iniciativas comunitarias organizadas demuestran mayor eficacia que las estrategias aisladas del sistema de salud formal.

Palabras claves: tuberculosis - salud - consumo problemático - paco - estrategia comunitaria - acompañantes pares - Casa Masantonio - barreras de accesibilidad - abordajes territoriales

## **Indice**

<b>Agradecimientos.....</b>	<b>1</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Abreviaturas.....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
Presentación del tema.....	5
Consideraciones metodológicas.....	7
Facilitadores y obstaculizadores.....	8
Resguardo éticos.....	9
Estructura del trabajo.....	10
Aclaraciones preliminares.....	11
<b>Presentación de la institución.....</b>	<b>12</b>
“El Hospitalito”.....	12
Familia Grande Hogar de Cristo.....	13
Cooperativa Acompañantes de Usuarios de Paco.....	13
<b>CAPÍTULO 1: Conceptos claves para una aproximación teórica.....</b>	<b>15</b>
Surgimiento de las villas en Argentina y la aparición del paco.....	15
Breve descripción de la villa 21-24 y el NHT Zavaleta.....	18
Sobre los Consumos Problemáticos de Sustancias.....	19
Contagio, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis.....	20
<b>CAPÍTULO 2: El consumo de paco y las condiciones de vida.....</b>	<b>25</b>
¿Quién consume paco?.....	25
Problemáticas vinculares: un rompecabezas difícil de armar.....	27
La cuestión habitacional... informalidad, exclusión y marginalidad.....	29
Pobreza y desigualdades sociales.....	33
<b>CAPÍTULO 3: Accesibilidad a servicios de salud: encuentros y desencuentros.....</b>	<b>36</b>
¿Desde dónde pensar?.....	36
Determinantes sociales: causas de desigualdad.....	39
Encuentros y desencuentros.....	41
<b>CAPÍTULO 4: El vínculo en la intervención sociocomunitaria.....</b>	<b>46</b>
“Para mi sos importante”.....	46
Estrategias de intervención desde la construcción de vínculos.....	49
Acompañantes Pares: agentes comunitarios esenciales.....	54
<b>Reflexiones finales.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>63</b>
Fuentes bibliográficas:.....	63
Fuentes documentales:.....	66
<b>Anexos:.....</b>	<b>69</b>
INFORME DE EVALUACIÓN DEL DIRECTOR/A.....	69
DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD.....	71

**Abreviaturas**

AP: Acompañantes Pares

AUPA: Acompañantes a Usuarios de Paco

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CM: Casa Masantonio

FGHC: Familia Grande Hogar de Cristo

NHT: Núcleo Habitacional Transitorio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

TB: Tuberculosis

## **Introducción**

### **Presentación del tema**

El presente trabajo de investigación final se desarrolla en el marco de la finalización de la formación de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. El mismo se desarrolla en la Casa Masantonio (en adelante CM) dispositivo perteneciente a la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco (AUPA) enmarcada en la Federación Familia Grande Hogares de Cristo (FGHC), al que concurrimos desde enero del año 2023 hasta octubre del mismo año.

A lo largo de la investigación se pretende conocer, indagar y problematizar los factores socio-ambientales que inciden en el contagio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la tuberculosis (en adelante TB) en las personas en situación de consumo problemático de sustancias, principalmente pasta base/paco y la intervención que lleva adelante la CM en dicha problemática.

La temática nos interpela, por un lado, ya que la enfermedad se considera prevenible y curable y, sin embargo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más mortales ya que, cada día en el mundo, más de 4.000 personas pierden la vida a causa de la TB y cerca de 30.000 enferman (PAHO OPS, 2022). A su vez, nos resulta interesante poder dar cuenta de la relación que existe entre las personas en situación de consumo problemático de pasta base, la enfermedad de la tuberculosis y el contagio, diagnóstico y tratamiento de la misma.

A pesar de los avances en su tratamiento y control, la TB afecta desproporcionadamente a poblaciones vulnerables y marginadas. Uno de los grupos más afectados por esta enfermedad son las personas atravesadas por el consumo de paco, enfrentando una serie de desafíos únicos que aumentan su riesgo de infección y dificultan el acceso al tratamiento.

El interés por la CM surge, principalmente, ya que la institución aborda el consumo problemático de sustancias a partir de las historias de vida, trayectorias y vivencias de las personas que participan de la misma siendo esencial la construcción de lazos afectivos entre pares. En suma, nos motiva la idea de centrarnos en las barreras de accesibilidad del

subistema público de salud, principalmente en el Hospital de infecciosas Francisco Javier Muñiz ya que, por un lado, gran parte de la población que accede a CM ha tenido un primer acercamiento a dicho hospital, y por otro, porque dichas instituciones trabajan de manera articulada.

Por último, creemos que es importante el estudio de la TB y el consumo problemático de sustancias desde la profesión del trabajo social para lograr aportar un abordaje integral dentro de los equipos de salud, trabajando desde una perspectiva en pos de los derechos humanos de las personas y en el mejoramiento de su calidad de vida y su salud integral a fin de reducir las posibilidades de enfermar y morir por causa de la TB. La intervención del trabajo social ante el consumo problemático de sustancias, obtiene relevancia ya que debe centrarse en descifrar y comprender las manifestaciones de dicha problemática compleja. En este sentido, debe enfocarse en las causas por las que lxs sujetxs establecen una determinada relación con la sustancia en un momento histórico determinado, otorgándole un lugar central a las personas en la reflexión y toma de decisiones.

Así planteamos como objetivo general: identificar y analizar, a partir de la intervención de la CM, cuáles son los factores socio-ambientales que impactan en el contagio, diagnóstico y tratamiento de la TB en las personas en situación de consumo de pasta base que participan del dispositivo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo del año 2023, y como objetivos específicos:

- 1) Describir los patrones del consumo problemático de pasta base de las personas con la enfermedad de tuberculosis que llegan a Casa Masantonio.
- 2) Indagar acerca de las condiciones socioeconómicas y de habitabilidad de las personas con la enfermedad de tuberculosis que llegan a Casa Masantonio.
- 3) Describir el proceso de diagnóstico, contagio y tratamiento de la tuberculosis de las personas con la enfermedad de tuberculosis que llegan a Casa Masantonio.
- 4) Analizar las estrategias de intervención utilizadas por la Casa Masantonio en el proceso de diagnóstico, contagio y tratamiento de la enfermedad de las personas con la enfermedad de tuberculosis que llegan a Casa Masantonio.

## **Consideraciones metodológicas**

Para la realización de la presente investigación utilizamos el enfoque cualitativo ya que lo consideramos el más adecuado para alcanzar el objetivo de la investigación siendo que el mismo le otorgará la posibilidad de ser dinámico y flexible. Nora Mendizabal, en este sentido, nos dice que el concepto de flexibilidad apunta a la posibilidad de observar a lo largo del proceso de investigación diversas situaciones, nuevas e inesperadas, vinculadas con el tema de estudio. Este enfoque permite realizar modificaciones en forma paulatina a lo largo de dicho proceso (Mendizabal, 2006). Este abordaje busca comprender los significados que las propias personas le otorgan a los sucesos en los que participan, el contexto en el que se encuentran inmersos y cómo estos influyen en sus acciones, siendo de vital importancia la vida de las personas, sus subjetividades, sus historias, experiencias, interacciones, buscando interpretar a las personas de forma situada en el contexto en particular en que se desarrollan (Maxwell, 1996).

Asimismo, entendemos que “la investigación cualitativa proporciona una descripción íntima de la vida social, presentando detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los involucrados” (Taylor y Bogdan; 1992, pag 153). De esta manera, este tipo de investigación coincide con nuestro objetivo que busca analizar los distintos factores socio ambientales que inciden en el contagio, tratamiento y desarrollo de la TB en las personas en situación de consumo problemático de pasta base así como la intervención de CM en dicho proceso con esta población en el año 2023.

En este sentido, nuestra unidad de análisis definida por Marradi como “el tipo de objeto el cual se busca información en una investigación” (Marradi, 2011, p.87) son las personas en situación de consumo problemático de paco, atravesadas por la enfermedad de la TB, que participan de la CM, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2023. Con respecto a nuestra unidad de recolección serán también las personas en situación de consumo problemático de pasta base, atravesadas por TB, que participan de CM así también como el equipo de dicha institución que aborda el proceso del diagnóstico, contagio y tratamiento de la TB.

En lo que respecta a la técnica de recolección de datos decidimos utilizar la entrevista como herramienta que le da estructura a esta investigación, para poder conocer la experiencia subjetiva de las personas participantes de las acciones que afronta la institución como

plantean Carballeda, A. y Travi, B (2019). Obteniendo información pertinente, construyendo la guía de nuestra investigación, buscando espacios que nos permitan desglosar las ideas que llevaba a las acciones de estas variables, siendo esta una herramienta y al mismo tiempo “un momento de comunicación y lo que se genera es un espacio comunicacional donde se entrecruzan la palabra, la mirada y la escucha” (Carballeda, A. y Travi, B.,2019:170).La entrevista entonces es un formato flexible como plantea la autora De Souza Minayo (2008) construida de manera que no se sienta que se está respondiendo un cuestionario sino que pueda dar lugar a la aparición de otros temas nuevos que tengan relevancia en la construcción de las nuevas informaciones relevantes al estudio. En suma, realizamos observación participante, asistiendo una o dos veces por semana a lo largo de un año. Esta metodología nos permitió sumergirnos directamente en el entorno de estudio, participando activamente en las actividades y observando de primera mano las dinámicas, interacciones y contextos relevantes. Las entrevistas fueron desgrabadas así como las observaciones participantes fueron registradas en notas de campo (Achilli, 2005; Guber, 2012).

Las entrevistas realizadas no tuvieron solo como participantes a las personas con la enfermedad de la TB y/o el consumo problemático de paco sino que también estuvieron dirigidas al equipo técnico que participan de las actividades diarias de CM, a la coordinadora Dra. María Marcela Natiello de tuberculosis y lepra de la Dirección Nacional de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis y a la Lic. en psicología Edith Benedetti quien se encuentra a cargo de la Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos perteneciente al Ministerio de Salud, siendo informantes claves para la construcción, junto con otros elementos, que permiten una comprensión más precisa del conjunto de lxs sujetxs abordadxs y de su vida cultural en relación a la cotidianidad y la relación con el medio que lxs rodea (Vasilachis, 2006).

### **Facilitadores y obstaculizadores**

Durante el desarrollo de nuestra investigación identificamos varios facilitadores y obstáculos. Uno de los principales facilitadores fue la disposición y receptividad de la institución CM y sus integrantes ya que desde el principio nos permitieron realizar observaciones, entrevistas y, a su vez, nos brindaron acceso a los materiales institucionales y registros del equipo. Además, pudimos llevar a cabo las entrevistas dentro de la propia institución, lo cual creó un ambiente más relajado y propicio para generar confianza en lxs participantes. Sin embargo, también se presentaron algunos obstáculos ya que al ser un espacio donde confluyen distintas actividades

y organizaciones, en ocasiones fue difícil conseguir un espacio libre para realizar las entrevistas. Además, las interrupciones causadas por el ingreso y egreso de integrantes del equipo y participantes generaron dispersiones durante algunas entrevistas.

Otro facilitador importante fue la apertura de la institución para que pudiéramos realizar diversas acciones, como visitar a dos personas privadas de su libertad en la Unidad N° 24 de Florencio Varela, con autorización generada por la propia institución, la cual propicia un encuentro ameno con diversos acompañantes en un espacio otorgado específicamente para tal reunión. Esto nos permitió obtener una visión más amplia de las intervenciones que lleva a cabo CM. Sin embargo, durante esa visita en particular, no se nos permitió ingresar con teléfono celular para grabar la entrevista, pese a que en otras instancias, según nos informaron, se ha podido ingresar con el mismo. Como solución improvisada, una persona del equipo tomó notas escritas a mano mientras otro llevaba a cabo la entrevista. Desafortunadamente, durante una de las entrevistas, se derramó líquido sobre el papel donde se estaban registrando las respuestas, lo que impidió su recuperación total, por este motivo figura una sola de las dos realizadas.

### **Resguardo éticos**

Al comenzar cada una de las observaciones y/o entrevistas nos presentamos como estudiantes de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, e informamos los objetivos de la investigación. Esto lo realizamos al inicio de cada jornada, para asegurarnos que todas las personas participantes cuenten con la información correspondiente, entendiendo que no todas las personas asisten diariamente. A su vez, al comienzo de cada entrevista las personas firmaron un consentimiento informado, el cual fue explicitado de forma verbal para asegurar su comprensión. En el mismo se solicitó permiso para grabar las entrevistas y utilizar la información recolectada únicamente para los fines de la investigación, así como aseguramos el anonimato de datos preservando su identidad. En este sentido, a lo largo de la presente investigación, se nombrará a lxs entrevistadxs de la siguiente manera: lxs participantes de la CM serán mencionadxs con un nombre ficticio, y lxs integrantes del equipo de trabajo se nombrarán a partir de su rol dentro de la institución (Médico infectólogo, Psicólogo Social, Estudiante de Trabajo Social y Acompañantes Pares). Sin embargo, existen excepciones ya que hemos entrevistado a la Dra. María Marcela Natiello coordinadora de tuberculosis y lepra de la Dirección Nacional de

Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis y a la Lic. en psicología Edith Benedetti quien se encuentra a cargo de la Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos perteneciente al Ministerio de Salud quienes prestaron su consentimiento para que figuren a lo largo de la investigación tanto sus datos personales como así también las entrevistas que les hemos realizado figuren de manera desgrabada.

### **Estructura del trabajo**

El presente trabajo integrador final se estructura en cuatro capítulos y un apartado de reflexiones finales. En el primer capítulo se busca contextualizar brevemente la historia de la Argentina que permitirá entender el surgimiento del paco en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Partimos por abordar el impacto social y económico en el marco de la crisis del 2001, para luego abordar el surgimiento de las villas y la caracterización singular de la villa 21-24/NHT Zavaleta. A su vez, se busca describir los conceptos claves para comprender el desarrollo de la investigación como el consumo problemático de sustancias y el proceso de contagio, diagnóstico y tratamiento de la TB. En el segundo capítulo analizamos el fenómeno específico del consumo de paco, describiendo los principales factores que impactan directamente en dicha problemática compleja como lo son la ruptura de los vínculos afectivos, las diversas situaciones deficitarias habitacionales así como las condiciones socioeconómicas que atraviesan a las personas que transitan la CM. En el tercer capítulo analizamos estrategias estatales y el marco legal regulatorio frente a las presentes problemáticas para entender el funcionamiento del servicio público de salud así como las barreras de accesibilidad que se presentan para lxs participantes de CM y como esto dificulta sus tratamientos. Luego, en el cuarto capítulo, se describirá la Cooperativa AUPA y su relación con la FGHC, con el fin de comprender el marco institucional en el cual se encuentra inserto CM. Asimismo, nos centramos en la especificidad de la institución, sus herramientas y estrategias y el papel fundamental que desempeñan lxs acompañantes pares como sujetos claves en el proceso de transformación para abordar los factores socio-ambientales que impactan en el contagio, diagnóstico y tratamiento de la TB en personas que consumen paco. Finalmente, concluimos el trabajo exponiendo nuestras reflexiones finales que dan cuenta del análisis reflexivo que realizamos a lo largo de toda la investigación.

### **Aclaraciones preliminares**

Nos parece pertinente hacer una aclaración respecto de la manera en que denominamos la sustancia, ya que no existe un acuerdo académico al respecto: pasta base o paco. En cuanto a esto Ana Laura Candil menciona la existencia de dos hipótesis: por un lado, el paco como el desecho del refinamiento del clorhidrato de cocaína. Por otro lado, se sostiene que se trata de la misma sustancia pero que es llamada de manera diferente. Entonces podemos decir que la pasta base/paco es una de las formas de las cocaínas, y que si bien no resulta menor precisar cuál es cuál, existe un consenso tanto entre profesionales intervinientes en la temática como las propias personas que la consumen en que dicha sustancia(s) es/son de menor calidad, de mayor toxicidad y de menor precio por unidad fraccionada que el clorhidrato de cocaína (Candil, 2011). En esta línea, en adelante utilizaremos los términos pasta base y paco como sinónimos.

Por otro lado, a lo largo de la investigación y en consonancia con la Resolución N° 17948/2019 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, para el desarrollo de este trabajo decidimos utilizar lenguaje inclusivo, entendiendo a la lengua como un reflejo de la cultura y un producto social e histórico que influye en nuestra percepción de la realidad, condicionando nuestro pensamiento y determinando nuestra visión del mundo. Es por ello que intentamos salir del sistema binario, utilizando la “x” como sustitución de la “o” cuando esta se refiera a diferentes identidades a la vez, y también cuando utilicemos sustantivos que puedan ser representados por diferentes géneros.

## **Presentación de la institución**

### **“El Hospitalito”**

La Casa Masantonio se encuentra en el barrio porteño de Parque Patricios, conocida en el barrio y la comunidad como “el hospitalito”. El mismo se especializa en el abordaje territorial para el acompañamiento a personas que se encuentran atravesadas por el consumo problemático de sustancias y enfermedades infectocontagiosas complejas como el HIV y la TB, entre otras. Si bien geográficamente se encuentra en el mencionado barrio, la población que transita y asiste al espacio proviene, principalmente, de la villa 21-24 y Núcleo Habitacional Transitorio Zavaleta. No es un dispositivo aislado, sino que forma parte de la Cooperativa AUPA, que se enmarca dentro de la FGHC.

La CM, al momento de la investigación, cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por tres enfermeras una de las cuales además cumple el rol de casera ya que vive allí y se encarga no solo de la enfermería sino también de la organización cotidiana general; tres médicos infectólogos que se rotan para brindar atención de lunes a viernes; una psicóloga quien ofrece espacios de terapia individual una vez por semana; una psiquiatra que brinda espacios de atención individuales una vez cada 15 días, una estudiante avanzada de trabajo social con un rol de acompañamiento general en el dispositivo y particular con las personas/familias que se acompaña; una estudiante de psicología quien se encarga de acompañar y orientar a las personas; una acompañante hospitalaria, quien se ocupa principalmente del vínculo entre el hospital Muñiz y la Casa Masantonio, así como también, se encarga de visitar y acompañar a quienes cursan una internación en dicho hospital; un encargado de la parte administrativa y psicólogo social, quien se encarga de tareas generales dentro del dispositivo, así como también de acompañar a los acompañantes pares. A su vez, según lo recuperado en la investigación y recopilado en las diversas entrevistas, el rol del Acompañante Par (en adelante AP) como fundamental para la tarea que lleva a cabo la CM. Son personas que han pasado anteriormente por situaciones similares a quienes hoy acompañan, es decir, poseen el conocimiento sobre la enfermedad de la TB, consumo problemático de sustancias y/o de exclusión social, permitiéndoles comprender de manera más próxima los procesos del tratamiento, generando lazos de mayor fortaleza por la reciprocidad que implica la atención de las personas que atraviesan dichas situaciones.

Funcionan las principales actividades de lunes a viernes de 9 a 15 hs, sin embargo, se encuentra viviendo gente allí, por ende funciona las 24 hs del día, incluyendo sábados y domingo, con una guardia reducida. Uno de los objetivos principales del espacio es que aquellas personas, atravesadas por el consumo de paco, que no pueden sostener un tratamiento médico en el subsistema público de salud puedan completar sus tratamientos y tener una atención de su salud integral.

### **Familia Grande Hogar de Cristo**

El proyecto Hogar de Cristo surge en el año 2008 en la Villa 21-24 y el núcleo habitacional transitorio (N.H.T) Zavaleta, en el barrio de Barracas, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Siguiendo a **Mitchell (2021)**, observamos como los centros barriales se crearon, desde el equipo de sacerdotes de las villas, con el fin de dar respuesta a la problemática del consumo de sustancias, principalmente paco. Si bien en un principio el enfoque fue puesto en dicha problemática, se fue haciendo evidente que el consumo de sustancias era un síntoma de un problema mucho más amplio de exclusión social en barrios afectados por viviendas precarias, acceso inadecuado a los servicios públicos, violencia, riesgos para la salud, falta de trabajo y una respuesta estatal insuficiente. Es ante esta necesidad, que la comunidad de la parroquia Nuestra Señora de Caacupé, cuyo párroco era el Padre Pepe Di Paola, se fue organizando para intentar dar una respuesta. Así nació en el 2008 el primer Centro Barrial “San Alberto Hurtado”.

### **Cooperativa Acompañantes de Usuarios de Paco**

Con el tiempo, ante la necesidad de respuestas más específicas, la cooperativa fue creando distintos dispositivos para poder dar una respuesta a las distintas demandas que iban surgiendo. Es así que se crean los siguientes dispositivos: Casa Libertad, para el acompañamiento integral a las personas privadas de libertad durante la condena y una vez finalizada la misma; Casa Animí, cuyo objetivo es el acompañamiento de mujeres cis y transgénero en situación de vulnerabilidad; el Centro Barrial “Negro Manuel”; la Granja Madre Teresa, que acompaña a mujeres y niñxs; el Espacio Sumay Simi, dedicado al acompañamiento de personas que consumen paco con padecimientos psiquiátricos; el Hurtadito, con el fin de acompañar las infancias de lxs hijxs de quienes transitan por el Centro Barrial Hurtado, y Casa Masantonio, mencionado anteriormente y dispositivo que nos ocupa en esta investigación.

La cooperativa AUPA se enmarca, como mencionamos anteriormente, dentro de la Federación Familia Grande Hogar de Cristo. Actualmente, según datos aportados por la página oficial, la Federación nuclea 170 dispositivos y 140 centros barriales <sup>1</sup>destinados al acompañamiento integral de personas que consumen paco y otras sustancias psicoactivas en contextos de vulnerabilidad y exclusión social.

Actualmente es financiada por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) así como por el programa de Adicciones del Ministerio de Desarrollo Humano de CABA. Asimismo, recibe también por parte del Ministerio de Desarrollo Humano de CABA alimentos.

Cabe mencionar que el Ministerio de Salud de Nación entrega la medicación necesaria para el tratamiento de las enfermedades complejas e infecciosas; mientras que el Ministerio de Salud de CABA convenia a tres de lxs seis médicxs que trabajan en la Cooperativa AUPA. Por otra parte, también se articula con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, quien colabora con el financiamiento para acompañar las infancias y adolescencias.

---

<sup>1</sup> Esta información es recolectada de su página web, <https://hogardecristo.org.ar/>

## **CAPÍTULO 1: Conceptos claves para una aproximación teórica**

“La cumbia poniendo ritmo a la miseria. El amanecer y los carros.  
El amanecer y los que todavía siguen de gira. Los muchos sueldos flacos  
destinados a un celular, a ropa nueva, a disfrazar la pobreza (...)  
La avenida y su frontera que divide a la villa del mundo (...).  
Panorama de vida que siempre tiene olor a celda, a plomo,  
a trabajo en negro o en gris... o a traje de encargado de limpieza”

**Cesar Gonzalez**

En el siguiente capítulo comenzaremos realizando un breve recorrido por la historia de la Argentina, la cual nos permitirá entender el surgimiento del paco en las villas de la ciudad en el marco de la crisis económica y social del año 2001. Asimismo, caracterizamos la villa 21-24, su surgimiento y problemáticas sociales actuales para comprender en profundidad la población que participa de la Casa Masantonio.

Cuando hablamos del consumo de sustancias psicoactivas, lo consideramos como un tema de salud complejo y con múltiples causas. Esta complejidad se debe a los distintos vínculos que las personas establecen con diversas sustancias en diferentes contextos. Al fenómeno del consumo problemático de sustancias, en este caso, se le suma la enfermedad de la TB. Por este motivo, en el presente capítulo, describiremos también conceptos claves como el consumo problemático de sustancias y el proceso de contagio, diagnóstico y tratamiento de la TB.

### **Surgimiento de las villas en Argentina y la aparición del paco**

En el año 2001 la Argentina sufrió una cruda crisis económica que signó un cambio profundo en la realidad del país. En diciembre de dicho año, la pobreza ascendió al 45% y llegó al 57,5% en el 2002; y la indigencia alcanzó un 27,3% en dicho período. (INDEC, 2021: 12; Banco Mundial, 2022: 1 y ss.; Pino, R., 2023; 3 y ss.). Estos indicadores económicos sacudieron la estructura política del país, llevando a la renuncia del Presidente de la Nación, Fernando De la Rúa, interrumpiendo por primera vez desde la vuelta de la democracia un mandato presidencial. La ciudadanía se manifestaba en las calles bajo el lema “*que se vayan todos*”, expresando un repudio absoluto a toda la clase dirigenal, con una creciente desconfianza en la dirigencia como capaz de resolver los problemas económicos y sociales.

El correlato social de la crisis económica y política fue muy profundo. Siguiendo a Pino en el estudio sobre el paco y la delincuencia del año 2023, crecieron los delitos predatorios y poco complejos contra la propiedad y las personas, como robos y hurtos, y aumentaron también los secuestros y la violencia asociada a los hechos delictivos (Pino, 2023, 3 y ss.). Y, en este contexto económico, político y social, apareció una nueva sustancia psicoactiva comercializada en sectores sociales de bajos ingresos a precios muy económicos que terminó por dinamitar el tejido social en los barrios populares y villas de emergencia, golpeando especialmente a la porción más excluida y marginada de la sociedad, con menos recursos para atenuar las consecuencias de la monstruosa crisis. Esta droga no fue una sustancia más a comercializarse, sino un hecho social, y nació “como un emergente social de determinadas medidas políticas, económicas y sociales, que arrastraron a una gran parte de la población a vivir en condiciones de extrema pobreza y marginalidad” (Morales, 2009; pág. 158).

En la actualidad, si bien hubo distintos ciclos de avance y retroceso en cuanto a la recuperación económica en Argentina, la situación económica y social sigue siendo muy inestable. Asimismo, la población creció sostenidamente, pasando de un total de 37,48 millones de personas registradas en el Censo Nacional del 2001 a un total de 46,7 millones de personas en el Censo Nacional del 2023 (INDEC: 2001; INDEC: 2023). Sin embargo, los indicadores económicos y sociales no muestran haber acompañado en términos reales a ese crecimiento vegetativo.

La pobreza medida por ingresos muestra un valor superior al 40% (INDEC: EPH 2023) y la crisis de infraestructura básica como agua potable, cloacas, saneamientos, tendido eléctrico y red de gas natural, así como asfaltado y otros servicios públicos básicos en miles de conglomerados urbanos genera una situación de pobreza estructural que profundiza el porcentaje medido por ingresos. Estas barreras estructurales en los accesos a derechos así como la coyuntura económica tienen su correlato a nivel social e impactan en la posibilidad de las personas de desplegar su proyecto de vida y alcanzar un desarrollo humano integral.

El dato más concreto de la pobreza estructural lo refleja el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP). Éste nació del Relevamiento Nacional de Barrios Populares llevado adelante entre los años 2016 y 2018 mediante acción del Estado en conjunto con organizaciones sociales, eclesiales y de la sociedad civil. Define como “barrio popular” al aglomerado urbano integrado por 8 o más familias, en el que más de la mitad de la población

no tiene título de propiedad del suelo y en el que más de la mitad de la población no tiene acceso regular a 2 o más servicios básicos: red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario o red cloacal (Decreto 2670/2015, Capítulo XI). Este relevamiento arrojó en un principio más de 4.000 barrios populares en todo el territorio nacional, y el 29 de Octubre de 2002 se sancionó la Ley 27.694 de emergencia socio urbana, sanitaria y ambiental en los barrios populares identificados en el RENABAP, ampliado el mismo año mediante la resolución administrativa 483/2022 a un total de 5.687 barrios populares distribuidos a lo largo de todo el territorio nacional.

Si bien los procesos de creación de barrios populares mostraron un avance notorio durante los últimos años, sus inicios se remontan décadas atrás en la historia Argentina. Durante el auge de la industrialización por sustitución de importaciones se fueron desarrollando en Argentina grandes transformaciones estructurales. Las migraciones masivas que se desarrollaron durante el período, motivadas por el crecimiento industrial en los aglomerados urbanos así como la tecnificación de la producción agrícola que la transformó en menos mano de obra intensiva, dieron lugar a una expansión inédita en la Ciudad de Buenos Aires y otras manchas urbanas de gran densidad, como el Gran Rosario o el Gran Córdoba. La gestión gubernamental no logró realizar procesos de creación formal de suelo, por lo que la migración se instaló en gran parte en modo informal, creándose asentamientos informales y precarios, conocidos como “villas de emergencia” o “barriadas populares”. Estos lugares recibieron principalmente a personas provenientes de áreas rurales del país o de países limítrofes que buscaban mejores oportunidades laborales, un desarrollo personal y cultural y un mejor porvenir. En general, estos sectores populares ocuparon parcelas fiscales con un trazado irregular. Se localizaron en áreas con una cierta accesibilidad al centro y a las fuentes laborales como también en el sur de la Ciudad de Buenos Aires, próximo al Riachuelo (Snitcofsky, 2022).

Así, si bien los primeros barrios precarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se remontan a fines del siglo XIX, las villas de emergencia, denominadas como tal, nacieron en la Argentina a partir de la década del 50, creciendo desde aquel entonces hasta el día de la fecha (Snitcofsky, 2022). Su aparición se manifestó como un producto de la inmigración que recibieron las ciudades y su incapacidad para alojar población nueva procedente de otros lugares incluyéndola al esquema habitacional propio de la ciudad. Así como nacieron fruto de la migración interna, también alojaron y continúan alojando hoy en día inmigrantes de países

limítrofes, como Bolivia, Perú y Paraguay. La migración supone siempre un desarraigo, un cambio en la identidad, y un costo que emana del proceso de inserción en una nueva cultura, donde las costumbres, tradiciones, valores e incluso el código de lenguaje utilizado son distintos.

Actualmente, en estos 5.687 barrios populares habitan más de 5,5 millones de personas, que carecen de la infraestructura básica para el desarrollo humano integral. Se observa en la mayoría de ellos ausencia de agua, cloaca, saneamientos, alcantarillado, desagües pluviales, asfalto, tendido eléctrico formal, red de gas natural y conectividad, entre otros servicios públicos elementales para la vida humana.

### **Breve descripción de la villa 21-24 y el NHT Zavaleta**

Uno de estos barrios populares es la Villas 21-24 y el Núcleo Habitacional Transitorio Zavaleta, ubicado en la Comuna 4 al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, delimitado según la fuente de la Dirección General de Estadísticas y Censo del GCBA (2015), por las siguientes referencias: al norte, la delimitación se establece por la Calle Magaldi; al sur, se extiende hasta el Borde del Riachuelo; al este, limita con las Vías del Ferrocarril General Manuel Belgrano y la Calle Luna; al oeste, se encuentra circunscrito por la Calle Iguazú, la Calle Iriarte, y el Ferrocarril General Belgrano. Es el barrio popular informal más extenso de la Ciudad de Buenos Aires y en él viven más de 70.000 personas en un radio que incluye 40 manzanas, con un alto nivel de hacinamiento y falta de acceso a servicios públicos esenciales como agua corriente, cloacas, desagües pluviales, conectividad a la red eléctrica con medidor, entre otros.

Se observa en el mismo altos índices de violencia y operatoria de redes de narcotráfico y narcomenudeo, y según datos de la Policía de la Ciudad entre 2019 y 2023 se clausuraron por allanamientos 25 “búncers” destinados a la comercialización de estupefacientes, principalmente Pasta Base de Cocaína o Paco.

Asimismo, existen en el barrio diversos centros culturales, dependencias estatales, asociaciones vecinales, comercios, canchas de deportes y clubes. Se destaca también una muy fuerte presencia del trabajo de la Iglesia Católica, desde la Parroquia Ntra. Sra. de los Milagros de Caacupé, del Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, que posee colegios con más de 1.000 vacantes, centros de primera infancia, centros de cuidado

materno-infantil, movimiento de Exploradores, un club con más de 10 sedes y más de 15 disciplinas deportivas, 10 centros de recuperación de adicciones específicos e inespecíficos del Hogar de Cristo, capillas y ermitas, comedores comunitarios y centros de apoyo escolar entre otras iniciativas.

Los indicadores socioeconómicos, demográficos y de salud son muy desfavorables en este aglomerado urbano informal. Las tasas de desempleo y de subempleo son más altas que el promedio de la jurisdicción, el hacinamiento es el doble y los niveles de pobreza y de Necesidades Básicas Insatisfechas son más altos que en otros barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Según el informe “Monitor de Desarrollo Humano Integral” del Observatorio de Desarrollo Humano del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del GCBA del año 2022, “la pobreza no afecta de manera homogénea a toda la población de la CABA, y su incidencia varía según el grupo social al que las personas pertenecen”.

Cabe destacar aquí que en las villas es en donde se registra el doble de niños, niñas y adolescentes por familia respecto a grupos familiares en otros barrios de la CABA. Sumado a esto, al observar la incidencia de la pobreza por tipo de hábitat, se observa que en los barrios populares los hogares con NBI y que sufren pobreza son más del 79%, mientras que en los barrios formales este porcentaje desciende al 23%. Además, la incidencia de cobertura social alcanza los porcentajes más bajos en estos barrios, y sus habitantes hacen uso del subsistema sanitario público. Por último, la mortalidad general e infantil son mayores, lo que se explica no sólo por el déficit de infraestructura y la pobreza estructural sino por la mayor densidad poblacional, y los niveles educativos alcanzados son los más bajos respecto a otros barrios formales de la CABA (Observatorio de Desarrollo Humano del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del GCBA; 2022).

### **Sobre los Consumos Problemáticos de Sustancias**

Para comenzar podemos decir que entendemos el consumo problemático de sustancias como una problemática social compleja, tomando los aportes de Graciela Touzé, quien propone mirar el fenómeno desde la perspectiva de la complejidad, es decir “entender este tema como una totalidad determinada por la interacción de diversos elementos, que no pueden considerarse aisladamente” (Touzé, 2010:17). Dichas sustancias según la OPS son “diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento”

(<https://www.paho.org/es>– tema abuso de sustancias). En este sentido nos parece importante partir de que los problemas asociados al consumo problemático de sustancias, siguiendo a Arriagada y Hopenhayn, afectan la calidad de vida de las personas y se encuentran ligados a formas de exclusión social y debilidad institucional. Los mismos llevan al deterioro psicofísico, a la pérdida de vínculos, entre otras, volviéndose causa y consecuencia del consumo problemático (Arriagada y Hopenhayn, 2000).

Siguiendo a Menendez, podemos decir que existen dos propuestas de acción global respecto a la mencionada problemática, por un lado, las prohibicionistas y, por otro lado, las de reducción de daños (Menendez, 2012). El primero se centra en la implementación de tratamientos cuyo objetivo principal es que la persona deje de consumir. En este se considera que el sujeto no tiene la capacidad de decidir sobre su cuerpo, por lo tanto, las decisiones quedan en manos de profesionales que poseen un saber y poder legitimado socialmente. Por otro lado, el paradigma de reducción de riesgos y daños, que surge como una alternativa, reconoce que cada persona se encuentra inserta en determinado contexto y que el vínculo que establece con la sustancia es particular y, por lo tanto, no es posible abordar las situaciones de consumo de una única manera sino que es necesario partir de las subjetividades de cada sujeto (Arriagada y Hopenhayn, 2000).

La ruptura del tejido social de las personas que se hallan inmersas en esta problemática hace que su situación de exclusión sea total. Es por eso que “el consumo problemático de sustancias es situado y reafirmado como un problema que debe abordarse desde la complejidad y la multidimensionalidad, apuntando a modificar los determinantes sociales, políticos y ambientales que juegan en la naturaleza de dicho problema” (Lorenzo, 2019). Entendemos entonces que el atravesamiento multidimensional de distintas vulnerabilidades, sumado a una situación de consumo problemático, dificulta el acceso al correcto diagnóstico y el sostenimiento al tratamiento de la tuberculosis.

### **Contagio, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis**

En esta línea, podemos decir que la TB, según la OMS, “es una enfermedad infectocontagiosa ocasionada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch”. Es fundamental comprender el proceso de contagio-diagnóstico-tratamiento para analizar la intervención de la Casa Masantonio.

Primeramente, la transmisión de la misma se da de persona a personas a partir de bacterias, que pueden quedar suspendidas por varias horas en ambientes cerrados o no ventilados, cuando una persona enferma/infectada por la misma tose, estornuda o habla (OMS, 2022). La TB es una enfermedad que se encuentra atravesada por una multiplicidad de factores problemáticos tanto clínicos como sociales que amplían las posibilidades de contagiarse y por tanto, la propagación de la misma. Dichos factores sociales son producto de una estructura social desigual que determina vulnerabilidad generando mayor exposición de las personas a la enfermedad: el hacinamiento, los niveles de ingreso insuficientes para una adecuada alimentación, las dificultades de acceso a la atención de salud, condiciones sanitarias deficientes, entre otras (Dominguez, 2012).

*Para que la enfermedad se produzca se considera como una triada de factores una es... corresponde a la bacteria que tiene que estar presente, cuando vos más exposición tenes a la bacteria tenes más riesgo de contagiarte, esto tiene que ver con que estes con una persona que tose mucho, enferma y elimina muchos bacilos vos tenes más riesgo. Otro de los factores que va a contribuir a que la enfermedad se desarrolle o no, tiene que ver con el sistema inmune de la persona expuesta digamos, y ese sistema inmune puede tener deficiencias ya sea por enfermedades que se asocien por ejemplo cáncer, VIH, (...) Por supuesto que las personas mal alimentadas, con cualquier trastorno alimenticio, bajo de peso, hace que el sistema inmune no funcione adecuadamente va a tener mucha más posibilidad de enfermarse, de igual modo que las personas que toman medicación inmunosupresora ya sea por transplantes a veces los tratamientos reumáticos y también todo lo que tiene que ver con los consumos ya sea problemáticos de diferentes drogas o alcohol, todo eso también altera la inmunidad general y en particular todo lo que tiene que ver con fumar la inmunidad del pulmón. Entonces teníamos hasta ahora el factor biológico, que es las bacterias, el factor inmunitario que es el que va a poder controlar o no esa infección y todo esto en un ambiente, por supuesto en un ambiente de hacinamiento, de mala ventilación, etc toda esta triada va a funcionar sinérgicamente y va hacer más probable que la persona se enferme (Dra Maria Marcela Natiello).*

En línea con lo mencionado por la Dra Natiello, estos factores sociales que favorecen el contagio de la enfermedad, se complejizan en personas en situación de consumo de pasta base debido no solo a la situación habitacional en condiciones precarias y de hacinamiento

sino también en el compartir la herramienta por la cual se “fuma” el paco, como la “pipa”. Cabe mencionar que el consumo de paco no es únicamente el consumo de una sustancia psicoactiva para ser consumida, sino que reviste una complejidad mayor, siendo expresión de una gran cantidad de factores que configuran una situación de consumo problemático que va más allá de la sustancia en cuestión, afectando la totalidad de las dimensiones de la vida humana y a los múltiples atravesamientos en la vida de las personas (Pino, 2020). En este sentido, el consumo de pasta base contribuye a la transmisión de enfermedades ya que reduce las defensas inmunitarias exponiendo a las personas a diversas situaciones y conductas de riesgo, siendo la TB una de las enfermedades más destacadas. Las condiciones de vivienda, la acumulación de personas en ambientes cerrados o poco ventilados, el intercambio de materiales como la tubería que se utiliza y comparte para el consumo y la desnutrición a causa de dicha sustancia favorecen al contagio y propagación de la tuberculosis (Dias Cruz, Harter, Mandagará, Cardozo Gonzales, Farias Alves, 2013).

En cuanto al diagnóstico, una de las cuestiones a tener en cuenta que se vio a lo largo de la investigación, es que muchas de las personas retardan el momento de acercarse al centro de salud. Esto por varios motivos, muchas veces confunden los síntomas con diversas cuestiones ya sea enfermedades como la neumonía o cuadros gripales fuertes como al estar expuestxs a la intemperie, entre otras. A su vez, varias de las personas relataban que confunden expulsar sangre con el mismo consumo de paco que muchas veces lxs ha hecho toser con mucosidad de color negro. Otro de los motivos que mencionan tiene que ver con el miedo, en general algúnx conocidx ha transitado la enfermedad y muchas veces han tenido éxito en el tratamiento y otras no, llegando a perder la vida. Según nos explicaba la Dra Natiello, existen varias formas técnicas de diagnosticar la tuberculosis, sin embargo, en CM se utiliza principalmente la recolección de esputo a través de

*la típica baciloscopia que es el estudio este del catarro que se hace unas sedimentaciones se mira en el microscopio y eso tiene maso menos un 60% de rendimiento, va a depender de la cantidad de bacilos que haya en esa muestra de catarro, la cantidad de bacterias. Este es un estudio sencillo, barato, que necesita de una persona habituada digamos saber esto y con ciertas condiciones, bueno con un equipamiento, con el microscopio, etc (Dra María Marcela Natiello).*

Esto último es importante de mencionar ya que CM toma muestras del catarro en la institución, las refrigera a la temperatura correspondiente para luego ser llevadas al laboratorio del Hospital Muñiz para ser analizadas. Durante la investigación nos contaban que en los inicios de CM los resultados de estos laboratorios debían ser buscados diariamente, sin embargo, en la actualidad desde la CM se tiene acceso al laboratorio del Hospital Muñiz mediante la red informática, y esto da cuenta del trabajo en articulación que se ha ido haciendo con el mismo.

Por último nos referimos al tratamiento de la enfermedad de la tuberculosis,

*El tratamiento consta de dos fases, el tratamiento estándar consta de dos fases. Una primer fase con cuatro medicamentos que dura dos meses y una segunda fase con dos medicamentos que dura cuatro meses. Sin embargo, en eso hay múltiples situaciones porque depende de la localización, si es en el pulmón o fuera del pulmón, si el paciente está inmunocomprometido o no, o si el paciente tiene una forma de tuberculosis que es sensible, quiere decir que muere con las drogas de primera línea eso es seis meses. Si se dan alguna de estas situaciones se puede extender de acuerdo el caso a nueve meses, a doce meses e incluso a dos años. Con la particularidad de que necesitan ser tomas diarias y si hay cortes de tratamiento o abandonos, el tratamiento suele fracasar (Médico infectólogo).*

ya que esta es la principal problemática de quienes tienen TB y se encuentran atravesadas por el consumo de paco.

*en el mejor de los casos los diagnósticos se hace (..) primero tiene que ser la sospecha de que esa persona tiene TB, después que llegue al centro sanitario o al centro de salud donde se pueda hacer el diagnóstico, que el laboratorio tenga el equipamiento y los recursos para hacerlo, todo eso funciona bastante bien sobre todo en la región del AMBA, digamos hay como bastante oferta de esta posibilidad diagnóstica. Una vez que esto se cumple bueno ahí viene el tema de que la persona pueda iniciar su tratamiento, que tenga las drogas disponibles, eso en este momento también está bastante asentado la disponibilidad de la medicación y después que pueda atravesar ese periodo de varios meses donde todo lo que tiene que ver con consumos u otras enfermedades obviamente complejiza muchísimo cualquier tipo de tratamiento y sobre todo tratamientos largos que una persona que está en consumo*

*obviamente todo se le hace bastante difícil, poder sostener tratamiento y una regularidad durante muchos meses, ni hablar de la cuestión social bueno ahí ya se juegan un montón de otras complicaciones que se van agregando (Dra. María Marcela Natiello).*

Otro aspecto que se genera, en suma a la dificultad de las personas atravesadas al consumo de paco, es que en el primer mes de tratamiento suele aparecer la sensación de pronto bienestar, es decir, se produce el descenso de los síntomas más agobiantes, lo que genera que muchas veces se genere un abandono en el tratamiento.

## **CAPÍTULO 2: El consumo de paco y las condiciones de vida**

“Consumí para ser feliz y conocí la infelicidad,  
 consumí para olvidar y me atormentaron los recuerdos  
 consumí para ser hombre y me volví impotente  
 consumí para ser creativo y empecé a olvidar  
 consumí para trabajar mejor y perdí el empleo  
 consumí para resolver mis problemas y se multiplicaron  
 consumí para tener amigos y me quede solo  
 consumí para soportar los dolores de la vida y caí en la autocompasión  
 consumí para ser valiente y me llene de temor  
 consumí para sentirme libre y me volví esclavo  
 consumí para tener la experiencia del cielo y conocí el infierno”

**Pitu, Acompañante Par**

A lo largo del capítulo caracterizamos la complejidad del consumo específico de paco como un hecho social, así como otros conceptos claves que intervienen en la suma de problemáticas complejas, como lo son las problemáticas que devienen de la ruptura de los vínculos afectivos, las diversas situaciones deficitarias habitacionales y las condiciones socioeconómicas de las personas que transitan la CM en pos de una respuesta de salud integral.

### **¿Quién consume paco?**

El problema del paco es más que solo una sustancia, es un hecho social ya que no surgió en forma aislada. “Apareció por primera vez en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2001” (Gallardo, R.A. y otros; 2016; pág. 7). Como mencionamos anteriormente, la crisis del 2001-2002 en Argentina provocó un aumento significativo del consumo de paco, especialmente en comunidades empobrecidas y marginadas, debido al deterioro de las condiciones de vida y la devaluación del peso frente al dólar. Es un problema complejo ya que es más que la relación lineal entre una persona y una sustancia, implicando un conjunto de factores que interactúan para producir un daño integral. Además de las condiciones de pobreza estructural y exclusión social, se sumaron las características propias del consumo de este tipo de sustancia, caracterizándose por su rápida e intensa acción, la compulsión por consumir, el deterioro físico y el abandono personal, así como los malestares emocionales como angustia, vergüenza, inseguridad y soledad. También se experimentaron sentimientos de amenaza y miedo debido a las consecuencias negativas asociadas al consumo de dicha sustancia. El consumo de paco es “la punta de un iceberg (...), la cara visible de los

problemas que soporta la población afectada, ante condiciones de vida que vienen siendo desencadenadas por medidas políticas, socioeconómicas y culturales” (Morales, 2009; pág. 160), productoras de pobreza y marginalidad.

*El paco es un rostro nuevo de la exclusión, más sangriento. Entender esto es el principio de la solución. Porque si no lo captamos seguiremos pensando que con las respuestas que tenemos alcanza. No basta con los dispositivos existentes. Nadie que entienda el problema del paco en estos barrios podrá pensar que un tratamiento de recuperación puede solucionar el problema. Cuando los chicos y chicas de nuestros barrios regresan de un tratamiento se vuelven a encontrar inmersos en un mundo donde se puede consumir de día y de noche, no encuentran lugar donde no se huelga o no se sienta la droga, 3 los amigos de toda la vida siguen viviendo al lado, siguen parando en el mismo pasillo y viviendo del mismo modo, no encuentran trabajo, se encierran o deambulan, y el final va apareciendo con la fuerza de una fatalidad, sin una propuesta de vida la muerte aparece como ineludible... Para que se recuperen estos chicos hay que cambiar también el mundo a su alrededor (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia , 2010).*

El tipo de consumo más generalizado se produce a partir de lo que se denominan "giras" que son salidas de sus hogares por varios días o semanas, en las que las personas pueden realizarlas de manera individual o juntándose con pares que se convierten en sus vínculos próximos, estableciendo también vínculos ocasionales y/o oportunistas con lxs "transas". Este término refiere a quien vende drogas a pequeña escala en el barrio. La figura del/la transa para lxs consumidores no es homogénea. Hay relatos que lxs describen como “gente común”, familias que venden drogas para sobrevivir, y otros que lxs definen como una figura negativa de la realidad local. Muchas veces, las propias personas en situación de consumo de drogas se convierten en “transas” para poder continuar con su consumo (Rangugni, Rossi y Corda 2006).

La pasta base como fenómeno social y problema complejo continúa profundizando los graves problemas sociales asociados a esta mala situación. Los índices de consumo problemático de sustancias psicoactivas muestran edades de inicio cada vez más tempranas y se observa un nuevo incremento de los índices delictivos y de la violencia urbana, especialmente en los grandes aglomerados informales, según las estadísticas del Observatorio Argentino de Drogas

de la Sedronar, el Sistema Nacional de Información Criminal y la Encuesta de Victimización (OAD, 2017; SNIC, 2023). El narcotráfico ha aumentado su operatoria en la Argentina, creciendo el registro de delitos de narcomenudeo. El delito de drogas es el que más encarcelamiento produjo en los últimos años. Según un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales, “mientras la población encarcelada por delitos de drogas se incrementó un 329% entre 2002 y 2018, la población por otros delitos creció un 152% (CELS; 2020:1). Además, según lo expuesto en la ponencia de las II Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de Cuyo, titulada “Consumo de drogas y vulnerabilidad social: las Cocaínas Fumables”, en el caso del paco las personas que consumen este tipo de cocaína fumable “pertenecen a sectores sociales vulnerables, con diferentes niveles de pobreza y desafiliación social. Están desocupadxs o tienen empleos precarios, de bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad. Entre las mujeres que consumen paco la prostitución se vuelve una fuente de ingresos y un mecanismo de reforzamiento de la vulnerabilidad. Viven en situación de calle o pasillo, o bien en malas condiciones habitacionales y ambientales. Las experiencias traumáticas a edades tempranas están presentes en todos los relatos: abandonos, abusos, violencia y abuso de drogas en los hogares o familias de origen. Tienen una prevalencia mayor de HIV que la población general y problemas de salud asociados al consumo” (Ahumada, G. y otros; 2015, pág. 9).

Las personas que consumen paco pasan por una gran estigmatización y eso no está relacionado solamente al consumo de drogas, sino también al consumo de la peor de las drogas, aquella que está asociada directamente con la pobreza y la marginalidad. El paco es conocido como la droga de los pobres y su consumo revela una alteridad marginal, delincuencia, asociada a los “villeros” residentes de periferias urbanas” (Rocha; 2016, pág. 7).

Siguiendo a Ramiro Pino en su estudio sobre paco e inseguridad de 2023, “el consumo de “Paco”, la pobreza y los problemas sociales y sanitarios complejos no son elementos aislados entre sí” (Pino, 2023, pág. 12 y ss.).

### **Problemáticas vinculares: un rompecabezas difícil de armar**

Hay un objetivo que comparten lxs entrevistadxs del equipo de CM, así como se pudo observar a lo largo de la investigación, que apunta a la construcción de vínculos, al acompañar, al ser sostén y ser familia. A su vez, mencionaban la idea de la soledad como una

característica general de la población. Esta situación se atribuye a la falta de redes socio-afectivas, su desarticulación o ruptura, y no solo limitándose al consumo problemático de sustancias, sino que también está relacionada con diferentes factores socioeconómicos y trayectorias de vida diversas. Las desigualdades sociales repercuten directamente en la construcción de subjetividad e identidad. No es menor mencionar que muchas de las personas que participan del espacio, han transitado experiencias de encierro de diferentes índole, en distintos momentos de sus vidas, ya sea haber vivido en hogares para niñxs, institutos de menores, comisarías, cárceles y/o comunidades terapéuticas (Candil, 2014).

Las redes presentes en las personas que consumen paco, se caracterizan por ser frágiles, de vínculos débiles y volátiles, atravesadas por ciertos sentimientos de persecución en las que se ingresa si se tiene dinero, alguna mercancía o servicio para el intercambio.

*Una vez mi papá me empeñó... cuando tenía 4 o 5 años, mi papá le dijo al transa que me dejaba como muestra de que iba a regresar más tarde para devolver la plata que le quedaba debiendo por las bolsitas de paco (Nicolas)*

A lo largo de la investigación se pudo observar que es muy común que en las familias haya miembrxs con problemáticas similares: pobreza estructural, consumo problemático de sustancias, violencia física o emocional, entre otras. En general, quienes se ocupan de lxs cuidados de lxs niñxs, aparecen como figuras con poca autoridad, con faltas claras de límites, con un régimen que oscila entre la arbitrariedad, la rigidez y la permisividad total. Esto, sumado a un medio social desfavorable pone a una persona en una situación crítica de vulnerabilidad, donde desarrollar una relación adictiva frente a una sustancia se vuelve una salida posible ante el dolor y la sensación de vacío que experimenta. Cuando este contexto está impregnado de violencia, la persona no posee recursos desde lo económico para poder insertarse en espacios de contención y socialización como realizar algún deporte en una institución, o posee poca contención familiar ya que desde la infancia han experimentado mucha soledad porque sus figuras adultas de cuidado trabajan muchas horas, o porque su padre o madre fallecieron por causas relacionadas al consumo y han quedado junto a gran cantidad de hermanxs en cuidado de una tía o una abuela. Al mismo tiempo, cuando la droga está disponible a pocos metros de su domicilio y se vende y consume a plena luz del día, como en el caso de la villa 21-24/NHT Zavaleta; esto es un factor que pone a la persona en una situación aún más crítica (Candil, 2014).

Asimismo, la pertenencia acelera los procesos de exposición a peligros, enfermedades, daños y lesiones. Se caracteriza a las personas que consumen paco como una doble exclusión, porque forman parte de un grupo social que vive situaciones de aislamiento social y, además, su propio consumo las convierte en alguien con quien debe asegurarse una distancia protectora, siendo separadas de sus familias, sus vecinxs y allegadxs (Miguez, 2007).

Por esto mismo consideramos que en el consumo de paco es muy habitual ver la existencias de grupos integrados exclusivamente por consumidores, al respecto Becker recupera un diálogo con una mujer en consumo que "sentí que estaba realmente enganchada cuando me di cuenta de que ya no tenía amigos que no fueran drogadictos" (Becker, 2010 p 56).

### **La cuestión habitacional... informalidad, exclusión y marginalidad**

Las condiciones de habitabilidad en las que viven las personas se encuentran estrechamente vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las mismas. La salud pensada desde su integralidad se relaciona directamente con la satisfacción de necesidades tales como la vivienda y el ambiente.

*me estaba muriendo, después de algunos meses me sentía mucho mejor, pero estaba sin fuerzas todavía, me dijeron que no podía quedarme más en el hospital porque estaba mejor de salud, pero que lo mejor era que no me vaya a la calle. Ahí P me dijo que podía ir a Masantonio hasta que terminara el tratamiento, yo no tenía otro lugar a donde ir. Porque yo en ese momento tenía tuberculosis, pero también tengo HIV, viste? y el tema era que tenía las defensas por el piso, ahí entendí que volver a la calle me iba a matar; encima después vino la pandemia, así que le re pegué (Pedro).*

Entendemos a la problemática habitacional estrechamente ligado al concepto de hábitat, entendido no sólo en su aspecto material, sino también como un espacio simbólico de interacción social, lo cual permite pensar el habitar a partir de las significaciones atribuidas a los espacios físicamente construidos. Es así que la ocupación física de un territorio incorpora los componentes ambiental, económico y político de una sociedad. La vivienda expresa la forma de ser, de actuar, las necesidades individuales y sociales, las aspiraciones, creaciones, actitudes, modos de vida y representaciones del mundo de las personas.

Entre las personas que transitan la CM podemos encontrar diversas situaciones de habitabilidad. Por una parte están quienes se encuentran viviendo en situación de calle.

Partimos de que la misma se define como una problemática social compleja que no se reduce únicamente a quienes literalmente utilizan el espacio público para dormir, sino que incluye a otro conjunto de personas que utilizan los hogares y refugios, es decir, que se encuentran en riesgo inminente de situación de calle (Di Iorio, 2006). Se trata de una problemática compleja caracterizada tanto por las diferencias económicas y las desigualdades de clases como por la dificultad en satisfacer necesidades materiales, simbólicas y afectivas (Morande, 2018). Específicamente sobre la salud, vivir sin un techo impacta significativamente, generando situaciones tanto de deterioro físico como emocional, que a su vez, se ve agravada porque no está garantizada la posibilidad de acceder a los servicios del sistema de salud (Samanes y Abal, 2014). Las personas que se encuentran en situación de calle viven de dos formas: solas o acompañadas. Vivir en grupo o “ranchada” supone ventajas ya que se encuentra la posibilidad de compartir a diario un sentimiento de pertenencia y de entablar lazos de solidaridad para afrontar las adversidades de la situación de calle. Estos espacios suelen estar contruidos con colchones, lonas, cajas de madera, nylon, etc para cubrirse de la intemperie y generar cierta privacidad. Sin embargo, no es necesario que se construya determinado espacio físico para considerar una “ranchada”, es decir, las personas a lo largo de la investigación, han utilizado el término al hecho de compartir una situación grupal. Aunque las personas que viven en estas situaciones la denominan como “mi casa”, quienes suelen pasar el rato, ya sea para consumir, para compartir un tiempo juntxs o mismo para entregar medicación suelen referirse como “ranchada”.

Existen, a su vez, quienes se encuentran privadxs de su libertad. A lo largo de la investigación se ha podido observar que desde la CM acompañan a muchas personas con situaciones judiciales. Por este motivo, tuvimos la posibilidad de visitar a dos personas que se encontraban privadas de su libertad en la Unidad Penitenciaria Bonaerense de Florencio Varela. Como mencionamos al inicio de la investigación, la Cooperativa AUPA consta de diversos centros que abordan problemáticas específicas complejas, una de ellas es la llamada Casa Libertad que es la que se encarga principalmente de las personas que se encuentran privadas de su libertad o han estado en dicha situación y se encuentran en proceso de reinserción social. Sin embargo, los dispositivos acompañan la integralidad de la persona, por este motivo, si bien los centros tienen tareas específicas en relación a una problemática particular, dichas situaciones complejas pueden ser abordadas desde las diversas casas. Esto quiere decir, que en ocasiones, la CM acompaña la problemática judicial de las personas por la cercanía del vínculo contando con el apoyo técnico de la Casa Libertad quien cuenta con

herramientas específicas y de calidad para afrontar estas cuestiones. Desde que la persona se encuentra privada de su libertad inicia un proceso judicial muy largo y complejo que en primera instancia los aloja en comisarías, mientras esto sucede, la CM se encarga de facilitarles la medicación a estas personas ya que el sistema penitenciario no se ocupa de esta cuestión. Estos procesos suelen ser largos y encontrarse durante meses en la comisaría. Ahora bien, una vez avanza el proceso judicial y las personas son enviadas a los penales, ahí sí cuentan con la medicación que les proporciona el sistema penitenciario. Sin embargo, según lo expuesto por las dos personas que entrevistamos privadas de su libertad, tardaron más de un mes sin propiciarles su medicación. Además, cabe destacar, que la población carcelaria se encuentra por encima de la capacidad de las instalaciones existentes tanto en los servicios penitenciarios federales y bonaerenses como en las comisarías policiales. Las comisarías policiales presentan dos grandes problemáticas, por un lado que las mismas deberían ser de tránsito hasta ser reubicadas las unidades carcelarias, sin embargo, se han convertido, muchas veces en detenciones permanentes en una comisaría. Por otro lado, la grave situación de hacinamiento debido a la falta de suficiente espacio físico para la cantidad de personas que albergan. Además, estos espacios carecen de iluminación natural y artificial, ventilación, calefacción, colchones, frazadas, duchas y baños adecuados. Es común que la mayoría no cuenten con áreas al aire libre ni instalaciones para actividades recreativas, así como tampoco con espacios adecuados para las visitas. Estas deficiencias estructurales se suman a problemas en el acceso a servicios médicos, educativos, laborales y una alimentación adecuada. Además, dificultan el avance en el régimen progresivo para las personas condenadas y su posterior reinserción social, que es el objetivo final de la pena. Es decir, no se puede garantizar el acceso a los derechos fundamentales de las personas detenidas que permanecen alojadas en estos espacios de forma permanente. En cuanto al Sistema Penitenciario Federal, en el año 2021 se encontraba en una situación de sobrepoblación, con el 103% de su capacidad ocupada. Para hacer frente al problema de la sobrepoblación, se pasó a reconvertir lugares de recreación o trabajo para el alojamiento de personas, como forma de aumentar la capacidad declarada. Otra estrategia fue la de duplicar la cantidad de camas en celdas (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2022).

*La atención médica es horrible. Mientras estuve en la comisaría no tomé mi medicación. Yo sabía, por otros pibes que he visto que acompañan, que la gente de Masantonio te la manda a la comisaría cuando estás detenido, pero a mi me retuvieron el celular y no tenía ningún número anotado, nada. Les dije un montón de*

*veces que no podía dejar de tomarla, pero ni cabida. Estuve con fiebre en un momento y tampoco me dieron cabida. Cuando llegué acá a la cárcel me atendió un infectólogo pero tardaron más de un mes en darme la medicación, así que recién ahora la estoy tomando. Y yo tomaba medicación para dormir, para la abstinencia, estoy pidiendo desde que entre que me vea la psiquiatra pero por ahora no pasa (Pedro).*

Si bien el relato recién mencionado refiere a una medicación para otra enfermedad, deja en evidencia cómo es el sistema de salud dentro del sistema penitenciario, en este caso, bonaerense.

Por otro lado, aparecen quienes viven en condiciones habitacionales deficitarias. Siguiendo a Di Virgilio y Rodríguez (2016), podemos decir que quienes se encuentran afectadas por dichas condiciones son las familias o personas que viven en viviendas consideradas inadecuadas desde el punto de vista constructivo, como ranchos, casillas, piezas en inquilinato y hoteles, y locales no destinados a la vivienda, así como aquellas que viven en hogares que resulta inadecuado el tamaño sufriendo así de hacinamiento.

En la Ciudad de Buenos Aires, sectores de la población de escasos recursos resuelven la cuestión habitacional mediante estrategias alternativas calificadas como informales, uno de los problemas centrales que imposibilita concretar el derecho a una vivienda es la dificultad de acceder a la misma a través de los mecanismos formales que promueve el mercado inmobiliario, ya que impone requisitos cada vez más restrictivos. El acceso a la vivienda en la Ciudad se fue restringiendo tanto por la evolución de la pobreza como por los precios que expulsan del submercado de viviendas de alquiler a grupos de población de menores recursos que se vuelcan a utilizar otras estrategias de supervivencia como la autoconstrucción en asentamientos y villas, alquileres de cuartos en inquilinatos y hoteles-pensión, ocupaciones de edificios o vivir en la calle (Di Virgilio y Rodríguez, 2016)

Los hoteles-pensión, conventillos e inquilinatos conforman el submercado de arrendamiento de piezas. La particularidad de estos establecimientos es que se trata de inmuebles obsoletos, con escaso mantenimiento, que se encuentran ubicados en zonas centrales de la ciudad. Quienes los administran subdividen el inmueble y rentan las habitaciones a diferentes personas. La Defensoría del Pueblo en un informe que realizó en el corriente año expone las precarias condiciones de habitabilidad de hoteles, pensiones o inquilinatos, que en muchos

casos ponen en peligro la vida o la integridad física de quienes allí se alojan. Se presentan deficiencias edilicias que ponen en riesgo la vida de las personas, falta de barandas en balcones o terrazas frente a la presencia de gran número de niños que suelen habitar estos espacios, construcciones precarias que funcionan como entrepisos, exceso de personas según la capacidad de las habitaciones, vidrios rotos, cables expuestos, falta de matafuegos, presencia de insectos, roedores y falta absoluta de higiene. En estos espacios no se reúne las condiciones mínimas de higiene, seguridad y funcionamiento, sin embargo, las personas continúan residiendo allí porque no cuentan con los medios para trasladarse a otros lugares (Defensoría del Pueblo, 2021).

Respecto a las condiciones habitacionales en las villas destaca el acceso mediante conexiones informales a los servicios básicos e infraestructura urbana de una calidad insuficiente, a veces construida con material de descarte, sin ventilación adecuada, carencia de equipamientos (electrodomésticos, camas, etc), techos de chapa por los cuales ingresa el agua cuando llueve, cables atravesados por los pasillos y conexiones inestables al interior de las viviendas, muchos hogares no cuentan con retrete, balcones que no cuentan con barandas, entre otras condiciones deficitarias. Hogares en los que conviven más de una familia con espacios reducidos produciéndose el hacinamiento.

*es chica para ser tantos, pero nos arreglamos. Lo que pasa que después del incendio, la parte de arriba quedó sin usar, así que hay solo un cuarto; ahí dormimos con Karina, después los nenes están todos en el comedor... ahí hay 2, no 3 camas y una matrimonial... todas juntas. En la matrimonial, duermen 3 nenas y después los demás se acomodan. Pero somos 11, así que un poco apretados estamos (Lucas).*

Y por último, se encuentran quienes por diversos motivos se encuentran transitando hogares convivenciales o comunidades terapéuticas. Algunos de estos lugares cumplen con condiciones de habitabilidad mínimas, mientras que otros frente a la necesidad, reciben a más personas de las capacidades disponibles resultando por ejemplo en que tengan que dormir en el piso.

### **Pobreza y desigualdades sociales**

Como mencionamos anteriormente, la TB se considera una enfermedad asociada a la pobreza. En este sentido, asumen una relación recíproca, tanto la pobreza puede estar relacionada a las condiciones precarias de salud, como estas pueden producir la pobreza, limitando las oportunidades de trabajo y de subsistencia, formando, así, un círculo vicioso que tiende a empeorar. La relación entre pobreza y TB está en relación a los riesgos relacionados a indicadores de estatus socioeconómico como aglomerados, pobreza y desempleo. La desigualdad social tiene un impacto significativo en la salud. Los factores individuales y sociales influyen en los procesos de salud-enfermedad, y las personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más probabilidades de enfermarse

Según el informe sobre el Mercado de Trabajo: Tasas e indicadores del segundo trimestre de 2023 del INDEC, realizado a partir de los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) en un total de 31 aglomerados urbanos, un 44,6% de la población relevada (29,4 millones de personas) es población económicamente activa y un 52,4% no lo es. De lxs trabajadores, sólo el 57,8% son ocupadxs plenxs, registrándose una subocupación superior al 11%. Sumado a esto, el número cercano a los 6 millones de empleos formales se sostiene hace más de 10 años pese al crecimiento vegetativo, por lo que hay una gran porción de trabajadores que no poseen derechos laborales y que están por fuera de la economía registrada. Algunxs de ellxs se desempeñan informalmente, y otrxs con informalidad parcial al pertenecer a la denominada economía social/popular, sector para el que se han conquistado algunos derechos básicos (como el monotributo social), pero que no goza de ingresos suficientes para estar por encima de la línea de pobreza ni de derechos laborales plenos, como vacaciones pagas o medio aguinaldo. Para agregar a esta situación, la inflación anual es superior al 140%, y ha ocasionado un deterioro del salario real con la consecuente pérdida del poder adquisitivo de la masa asalariada.

El sistema escolar no logra sostener la trayectoria educativa de lxs alumnxs y sólo el 50% de lxs estudiantes finaliza la escolaridad obligatoria en tiempo y forma. “Los estudios recientes (...) siguen mostrando que lxs estudiantes que viven en peores condiciones socioeconómicas tienen mayor probabilidad de estudiar menos años o de quedar excluidxs del circuito escolar” (Romero, C.; 2005, p. 9). Además, pese a haberse aumentado la matrícula de alumnxs “el problema es que la escuela no está pudiendo contenerlos, dado que intervienen distintas formas de exclusión educativa” (Romero, C.; 2015, p. 191). Esa exclusión “tiene muchas caras (...), la exclusión total, el no acceso.

Estos determinantes sociales ejercen una influencia negativa sobre la salud y el desarrollo humano integral, sumado a que en estos barrios se observa como denominador común una fuerte presencia del narcotráfico y las redes de narcomenudeo, con la consecuente distribución de armas para la custodia del negocio, correlato de los altos índices de violencia que sus habitantes sufren a diario. Son iluminadores en la comprensión de estas realidades los textos del Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, especialmente el documento publicado en 2008 “La droga en las villas, despenalizada de hecho”. En éste, se describe cómo la droga en las villas es una cuestión descontrolada, despenalizada “de hecho”, que afecta no sólo la salud de lxs jóvenes que la consumen sino también la dinámica urbana y el tejido social de los barrios, con el consecuente aumento de la violencia producto del tráfico de drogas y armas (Di Paola y otros.; 2009, pág. 1 y ss.). Además, los informes del “Barómetro del Narcotráfico y las Adicciones en la Argentina” dan cuenta de esta descripción con datos alarmantes, como un aumento de la probabilidad de consumir sustancias psicoactivas por el sólo hecho de nacer en entornos socioeconómicos desfavorables, o el descenso marcado en las edades de inicio de consumo (Observatorio de la Deuda Social de la Pontificia Universidad Católica Argentina; 2016; pág. 1 y ss.).

### **CAPÍTULO 3: Accesibilidad a servicios de salud: encuentros y desencuentros**

“sangran mis raíces por quererme alimentar.  
Comida calentita sin tener que mendigar.  
Pero ese sueño nunca se hace real.  
Miramos desde afuera cómo comen los demás”

**Ariel Gonzalez**

En el siguiente capítulo desarrollaremos las distintas estrategias que se implementan por el Estado para fortalecer la respuesta sanitaria frente a la TB, así como comprender el accionar del mismo frente a la problemática del consumo de sustancias.

Asimismo, caracterizamos las distintas dificultades que encuentran las personas que participan de CM a la hora de acceder al servicio de salud pública y cómo estos desencuentros obstaculizan su tratamiento, entre otras cosas

#### **¿Desde dónde pensar?**

El sistema de salud de Argentina se encuentra compuesto por tres sectores poco integrados entre sí: el sector público, el sector de seguro social argentino (obras sociales) y el sector privado. “El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago”. (Bello y Becerril-Montekio; 2011; p 98).

Según datos de la Oficina de Presupuesto del Congreso de la Nación Argentina en diciembre de 2021, la atención pública es utilizada por el 36% de ciudadanxs, unos 16 millones de personas, que no tienen otro tipo de cobertura. El sector público abarca la atención en hospitales y otros efectores, de manera pública y gratuita, ya sea nacional, provincial o municipal. Toda persona que se encuentre en el territorio argentino, puede acceder de manera gratuita a la misma.

*No existe un plan de prestaciones definido y homogéneo para los distintos hospitales y establecimientos de salud públicos, por lo que la oferta de servicios de salud depende de la disponibilidad de personal sanitario (y sus especialidades), equipamiento, insumos y capacidad de atención (por ejemplo, camas disponibles, disponibilidad de turnos, etc.) al momento de concretarse la demanda por parte de la población en cada uno de ellos. Esto ocasiona que, en los casos donde la demanda*

*supere a la oferta, aparezcan restricciones al acceso a los servicios de salud. Estas restricciones se manifiestan principalmente en dilaciones en el otorgamiento de turnos o falta de especialidades en algunos establecimientos. (p 26)*

Creemos importante mencionar la gratuidad del subsistema público, ya que este garantiza el acceso a un sistema de salud por parte de quienes no tienen ningún tipo de cobertura. Esto representa una diferencia grande con muchos otros países, donde no existe la atención médica de calidad y gratuita para quienes no poseen ningún tipo de cobertura. Sin embargo, más allá de la gratuidad del subsistema público de salud, observamos que cuando se trata de poblaciones específicas como la de CM, se presentan distintas situaciones que complejizan el acceso al sistema de salud.

“La Casa Masantonio (...) siempre fue una experiencia sumamente destacable digamos porque complementa al sistema de salud de una forma absolutamente exitosa (...) con el agregado de que la población que acompaña Casa Masantonio tiene todas las complejidades que uno pudiera imaginar, osea que no es una población estándar, no” (Dra. María Marcela Natiello).

A pesar de la gratuidad y cobertura universal que ofrece el subsistema público, existen poblaciones específicas como los usuarios de la CM que enfrentan dificultades para acceder al sistema de salud, ya que presentan necesidades complejas que requieren un abordaje particular. Por lo tanto, entendemos que el subsistema público de salud es diverso y heterogéneo, y nos parece muy importante no sólo destacar sus características económicas sino también comprender cómo se piensa a la salud desde las políticas públicas y sobre todo desde su marco legal.

En este sentido, destacamos que en materia de consumo problemático de sustancias en el año 2010 ha surgido una incorporación muy importante en la Ley Nacional de Salud Mental No 26.657 (2010), ya que como se menciona en el ART. 4 de la misma, el consumo de sustancias ha sido incorporado a esta ley. Por lo tanto, nos parece interesante cómo se piensa al consumo de sustancias desde las políticas públicas y sobre todo desde su marco legal, lo cual permite abordar de manera integral esta problemática.

*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.*

Esto implicó promover la participación activa de las personas afectadas, considerándolas sujetos de derecho, en este sentido, CM busca centrarse en un abordaje integral e interdisciplinario para la recuperación y la reinserción social de las personas, tratando de que la propuesta terapéutica se adapte a las necesidades de las mismas, para mejorar la posibilidad de inclusión de las personas con dificultades para sostener tratamientos en el subsistema público de salud.

Como venimos señalando, la TB es un problema predominante en los sectores más desfavorecidos de la población, que se asocia fuertemente con la pobreza, las migraciones, la vida en la calle, el hacinamiento, los consumos problemáticos de sustancias, entre otros. En este sentido, el abordaje debe priorizar a los grupos en mayor situación de vulnerabilidad social, para disminuir las brechas en el acceso a la salud (Arrossi, Herrero y Greco, 2022).

En este sentido, debido a la complejidad que conlleva la TB, Argentina adoptó la estrategia “Engage TB” de la OMS como parte de su Plan Estratégico Nacional para el Abordaje Integral de la Tuberculosis 2018-2022. Esta estrategia promueve la participación y las actividades comunitarias en la lucha contra la TB en el trabajo de las ONGs. Este tipo de intervenciones comunitarias han demostrado aumentar el acceso al diagnóstico y tratamiento, disminuir el estigma y mejorar los resultados terapéuticos. La adopción de Engage TB por parte del Estado argentino puede comprenderse como un esfuerzo por responder a los desafíos que presenta la TB en poblaciones vulnerables, donde la exclusión social y económica dificultan el acceso

Consideramos que el rasgo distintivo de Engage TB es la centralidad que adquiere la participación comunitaria, entendiendo que la misma es de vital importancia en la respuesta a dicha enfermedad. Las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con poblaciones vulnerables cumplen un rol fundamental en la difusión de información, la reducción del estigma, la referencia a los servicios y el apoyo al tratamiento (Arrossi, 2020). Las organizaciones de base y referentes territoriales aportan un conocimiento situado de las necesidades y dinámicas locales que permite el diseño de intervenciones adecuadas. Además, su posición estratégica en los barrios es clave para vincular los servicios con aquellos grupos que más dificultades tienen para acceder a los mismos (Ferreira Vorkoper, 2022).

Por otra parte, el enfoque de participación comunitaria busca promover la movilización y el empoderamiento de las propias comunidades afectadas por TB. Reconoce su derecho a involucrarse como protagonistas y no solo como beneficiarios pasivos de las políticas públicas. Finalmente, el involucramiento de las organizaciones sociales de base territorial es lo que puede marcar la diferencia para garantizar el acceso a la salud de las poblaciones más excluidas. Las contribuciones del enfoque de derechos humanos y participación activa de la sociedad civil resultan fundamentales para mejorar la respuesta sanitaria frente a esta compleja problemática de salud pública, como señala la Dra Natiello en la entrevista realizada

*De hecho para nosotros Casa Masantonio es el último recurso cuando los hospitales o las jurisdicciones no saben cómo resolver estas situaciones. Si no lo resuelve Casa Masantonio, no lo resuelve nadie*

Por último, desde el año 2022, Argentina cuenta con la “Ley de respuesta integral al HIV, Hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual y tuberculosis” que busca garantizar la prevención, diagnóstico, tratamiento y cura del VIH, las hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y la TB Honorable Congreso de la Nación Argentina, (2022). Esta ley representa un avance importante para la salud pública, ya que establece la obligatoriedad de la cobertura integral e interdisciplinaria de estas patologías por parte de los subsistemas público, privado y de la seguridad social así como propone un abordaje integral de estas enfermedades.

Además, promueve la reducción del estigma y la discriminación, el acceso a medicamentos, insumos y vacunas, y la formación continua a los equipos de salud para brindar una atención de calidad. De esta manera, se espera disminuir la morbimortalidad, mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y avanzar hacia el fin de estas epidemias para 2030, en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas OPS (2022).

### **Determinantes sociales: causas de desigualdad**

Existe en relación a la salud pública un concepto esencial para explicar las inequidades sociales en las condiciones de vida y de salud colectiva: los determinantes sociales de la salud.

En el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó la creación de una comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que buscaba recabar datos científicos con el objetivo de intervenir a favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar el mismo. Dicha comisión fue dirigida por Michael Marmot entre los años 2005 y 2008 junto a académicos, representantes del Estado y miembros de organizaciones sociales (Aguilar, Roa, Kaffure, Ruiz y Sánchez, 2013).

Cabe destacar en primer lugar que la OMS (s.f) define los DSS como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas abarcan políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales, así como sistemas políticos. Estas condiciones pueden variar significativamente entre diferentes subgrupos de la población y pueden dar lugar a disparidades en los resultados de salud. Algunas de estas condiciones pueden ser inevitables y se consideran desigualdades, mientras que otras podrían ser evitables e innecesarias, lo que se denomina inequidades (<https://www.paho.org/es-tema-determinantes-sociales-salud>). En tanto dichas condiciones pueden ser positivas o negativas, se les reconoce como factores protectores y/o factores de riesgo respectivamente.

En esta línea, Marmot (2015) introduce el concepto de "gradientes sociales en salud", entendiendo que existe una relación compleja entre la posición social y el estado de salud de las personas. Reconoce entonces que la salud sigue un patrón gradual y escalonado y que, cuanto más alto sea el estatus socioeconómico de una persona, es más probable que goce de un mejor servicio de salud en términos generales. El modelo propuesto por Marmot destaca la influencia de factores sociales, económicos y ambientales en la salud de las personas. Además, acentúa la importancia de abordar estos determinantes sociales de la salud en las políticas públicas y los programas de salud, con el fin de reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar el bienestar general de la población. Por esto el autor nos dice "los Gradientes Sociales en Salud muestran que las desventajas sociales y económicas acumuladas durante toda la vida se convierten en desventajas biológicas" (Marmot, 2015, p. 41).

Entendemos entonces que para abordar los problemas de salud que se presentan en nuestra sociedad, es fundamental considerar la variabilidad continua en el estatus socioeconómico y sus efectos en la salud. En este sentido, creemos que es de suma importancia considerar estos

factores y los determinantes sociales de la salud que influyen en las personas que participan de la Casa Masantonio.

### **Encuentros y desencuentros**

En Argentina existen distintos efectores y dispositivos de salud pública, donde se puede realizar el diagnóstico y el tratamiento de la TB. Uno de los más mencionados por quienes entrevistamos fue el Hospital de infecciosas “Francisco Javier Muñiz”, que se encuentra ubicado en Parque Patricios, cercano a CM. Sin embargo, más allá de la cercanía con la villa 21-24 y el NHT Zavaleta, la mayoría de lxs entrevistadxs refieren no haber terminado el tratamiento en dicho hospital por distintos motivos vinculados a los largos tiempos de espera, al mal trato por parte del personal médico y/o administrativo del hospital así como a distintos problemas vinculados a la situación propia de encontrarse atravesados por el consumo problemático de sustancias.

En nuestro país, se plantea como un derecho universal a la salud pública y gratuita, a partir de la reforma constitucional de 1994. Si bien esto es así, las experiencias de las personas con el subsistema de salud pública son diversas. Entendemos que la accesibilidad, se da en el vínculo que se construye entre lxs sujetxs y los servicios (**Stolkiner; 2000**). Es necesario entonces comprender cómo se da el encuentro y desencuentro entre el subsistema de salud público y las personas en situación de consumo problemático de sustancias.

En este sentido, existen barreras de accesibilidad, entendidas como aquellos obstáculos que aparecen en el encuentro/desencuentro entre esta población y el subsistema de salud público. Comes (2007) caracteriza a las barreras de accesibilidad en cuatro grupos:

- las económicas, vinculadas a la posibilidad de costear los servicios de atención y apoyo que tengan las personas para solventarlos (traslados, tratamientos).

*A mi me cuesta mucho ir al hospital, siempre hay que esperar, te tratan mal, y además yo ya estoy hecho mierda. No puedo caminar mucho por los pulmones, entonces tengo que ir en algún colectivo, pero a veces cuesta conseguir para la SUBE*  
(Lucas)

- las geográficas, entendidas como la imposibilidad de acercar los servicios por problemas geográficos

- las administrativas, relacionadas a las dificultades burocráticas o a las que se imponen desde la organización de los servicios

*es muy loco... por ejemplo, alguien acompaña a un chico al hospital y el hospital tiene un cartel que dice “la salud no tiene precio” pero si ese chico no tiene documento le dan vuelta para atenderlo, para darle la medicación para todo.. aca no... primero se atiende al paciente, se le da la medicación y después vamos de apoco intentando darle un documento.. y de a poco a que se sienta persona, y se sienta útil... porque a veces la sociedad y el estado lo dejan de lado (acompañante par)*

- la cultural o simbólica que refiere a las representaciones y al imaginario social tanto del personal de los servicios como de la población. La dimensión cultural analiza la posibilidad de utilizar un servicio, teniendo en cuenta actitudes personales que provienen de creencias, hábitos y cuestiones de educación. En esta línea, se puede indagar de manera relacional la construcción de estas creencias y prácticas tanto de las personas que trabajan en el servicio de salud como de la población usuaria de estos servicios.

*¿Sabes lo que me decían en el hospital? las enfermeras me decían “che esto no es un hotel...” ¿pensaban que yo quería estar ahí? sabes las ganas que tenía de irme. Si más bien, cuando las enfermeras me hablaban así yo me re calentaba, me quería ir a la mierda (Pedro)*

*Entonces, yo creo que el efector de salud, me hago cargo de lo que voy a decir, los efectores de salud en líneas generales expulsan a estas personas que están en la realidad. (Lic. Edith Benedetti, Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos)*

Asimismo, la accesibilidad al pensarla como un encuentro/desencuentro entre ambos actores (sujetxs y servicio de salud) no se puede definir únicamente desde la oferta. Lxs sujetxs que se acercan al sistema de salud, también son quienes construyen la accesibilidad a partir de sus experiencias. La accesibilidad pasa a ser “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes et al 2007: 202). Advertimos entonces cómo ciertas prácticas o comentarios, vinculados a un imaginario social sobre los deseos e intenciones de una persona en situación de calle y consumo problemático, puede generar desencuentros en relación a la

accesibilidad. Entendemos así que es necesario la construcción de dispositivos de salud donde las personas busquen participar del mismo y donde los mismos sean de fácil acceso, para poder generar un real encuentro entre ambas partes.

En este sentido, observamos cómo las posibilidades de acceso al servicio de salud según los anclajes estructurales de los sujetos expresan desigualdad en el acceso en este tipo de población. Esta desigualdad se incrementa en un sistema de salud segmentado como es el de Argentina, no solo porque no existe la misma oferta para toda la población sino también porque el servicio se encuentra fragmentado según el tipo de cobertura (público, prepagas, obras sociales) así como por la ubicación geográfica, entendiéndose que los servicios dependen en gran medida de los recursos jurisdiccionales de cada municipio y/o provincia, por lo que muchas personas se encuentran afectadas a determinados servicios según el lugar donde vivan o generando que personas de otras localidades busquen atenderse en servicios del sistema de salud público que cuentan con mayores recursos.

En esta línea, nos parece interesante la propuesta conceptual de Donabedian, quien vincula la accesibilidad no solo con la oferta de servicios, o con las dificultades en la utilización de los servicios sino que agrega “la capacidad de producir servicios en relación con las necesidades de la población” (Donabedian, 1998; p 477).

A la hora de acceder al sistema de salud público, observamos en las entrevistas, diversidad de dificultades; vinculadas a la discriminación, producto del trato de algunos profesionales ante la falta de higiene o aseo personal; así también como la falta de acceso a la medicación por no contar con un documento nacional de identidad ya sea porque nunca fue tramitado o porque fue extraviado; las barreras económicas que obstaculizan el traslado a un hospital así también como las dificultades para conservar la medicación durante un mes y realizar la toma diaria, como se ve expresado en el siguiente relato:

*conseguirla si... el tema es tenerla. Porque muchas veces nos dan la medicación para un mes, y yo la pierdo porque me voy de gira, o también porque somos muchos en la casa... y después cuando vas a pedirla de nuevo te dicen que no porque ya te dieron para un mes.. y aunque les expliques, no entienden (Lucas).*

Si bien, como mencionamos anteriormente, en Argentina existen distintos efectores de salud gratuitos, el subsistema público formal de salud presenta grandes dificultades para lograr la adherencia al tratamiento de tuberculosis

*La tasa de pérdida de seguimiento de estos pacientes cuando están en situación de consumo, cuando hay algún tipo de dificultad en lo que tiene que ver con salud mental, cuando hay baja escolaridad, cuando hay problemas económicos y sociales digamos que no pueden dejar de trabajar, todo eso juega absolutamente en contra de poder terminar un tratamiento adecuadamente, si no tienen apoyo familiar, afectivo o de pares o lo que fuere, esto está estudiado y recontra documentado y se repite en el mundo.*

*tenemos un problema importante en el cierre de los casos, hay un 30% que no sabemos que pasa, osea se notifican al sistema nacional pero no se cierran entonces bueno también estamos viendo qué pasa con esos casos, probablemente muchos de ellos que no estén cerrados es porque se perdió el seguimiento. (Dra. Marcela Natiello)*

Por tanto, entendemos que para poder brindar una respuesta a personas que se encuentran padeciendo la enfermedad de tuberculosis y al mismo tiempo se encuentran atravesadas por la complejidad del consumo problemático de paco, es necesario desarrollar técnicas y prácticas que puedan superar la fragmentación, mirando más allá de un área de especialización puntual. En este sentido, no se trata entonces de un abordaje en salud, específicamente en TB o en salud mental únicamente, sino un abordaje comunitario, territorial e integral que pueda dar respuesta en las distintas dimensiones de la vida de quienes atraviesan estas problemáticas.

En este sentido, Carballeda (2008), explica cómo ante estas problemática sociales complejas no podemos pensar en las respuestas típicas de las instituciones dado que hay una heterogeneidad en las poblaciones que se nos presentan.

*Las Problemáticas Sociales Complejas, son transversales, abarcando una serie de problemas que se expresan en forma singular en la esfera del sujeto. Así, reclaman intervenciones desde diferentes ámbitos que marcan nuevos desafíos a las posibilidades de la interdisciplina, especialmente desde su singularidad.*

Finalmente, la CM como una comunidad que se organiza para dar respuesta desde un abordaje territorial e integral, para este tipo de población, atravesada por múltiples problemáticas complejas, frente a la falta de capacidad del sistema de salud público para dar una respuesta integral. Sin embargo, es necesario resaltar que si bien el dispositivo nace a partir de esta falta de respuesta del Estado la misma articula sus intervenciones con distintos efectores del servicio de salud público, así como con distintos organismos estatales, lo cual hace posible una respuesta real, integral y concreta.

## CAPÍTULO 4: El vínculo en la intervención sociocomunitaria

Remendemos los desgarros que nos va dejando el tiempo.

Es hora de irse anudando y juntarse en el intento  
desatando aquellos nudos que nos fueron sometiendo.

No hay tarea más urgente que tejer junto a mi pueblo  
las redes de la justicia que nos vayan sosteniendo,  
Hilvanando la utopía con los hilos de su sueño.

**La belleza de la trama-Humberto Pegoraro**

A lo largo del presente capítulo se busca describir y analizar las estrategias específicas de la CM frente a las barreras de accesibilidad que se reproducen entre lxs sujetxs y el servicio público de salud. La misma se encuentra enmarcada en la mirada del Hogar de Cristo.

En este sentido, buscamos comprender el rol esencial que cumplen lxs acompañantes pares en la re-construcción de vínculos significativos para intentar obtener una respuesta al proceso de contagio, diagnóstico y tratamiento de la TB en personas en situación de consumo de paco.

### “Para mi sos importante”

“Para mi sos importante, esta familia siempre  
quiere abrazarte, que la injusticia no nos queme  
el corazón. Un pibe menos por la droga en  
nuestro barrio, y en toda la Nación”

**Damian Reynoso, FGHC**

En el año 1969 la iglesia reconoció formalmente la existencia de un equipo sacerdotal: los denominados curas villeros, sacerdotes de la Iglesia Católica que ejercen su ministerio pastoral en barrios humildes y periféricos y villas de emergencia. Ellos residen en parroquias ubicadas dentro de los barrios, y su tarea no sólo es de evangelización, sino también de promoción humana y social. Hace muchos años que vienen lidiando con distintas problemáticas sociales de las comunidades del barrio (Snitcofsky, 2022). Sin embargo, en el año 2009, el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia de la Arquidiócesis de Buenos Aires emitió un comunicado denunciando la situación crítica que enfrentan las villas de la Capital Federal en cuanto al problema de la droga, que aparece en estos lugares como “despenalizada de hecho” (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia; 2009).

Ellos denuncian que en estos barrios la droga está despenalizada de hecho. “Se puede tener, llevar, consumir sin ser prácticamente molestado. Habitualmente ni la fuerza pública, ni

ningún organismo que represente al Estado se mete en la vida de estos chicos que tienen veneno en sus manos” (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia; 2009).

Esta destrucción afecta al barrio, las familias, las madres, padres, hijxs, hermanxs, familias completas se ven destruidas. En palabras de estos sacerdotes, “Asombra ver cómo ese niño que fue al catecismo, que jugaba muy bien en el fútbol dominguero, hoy “está perdido”. Causa un profundo dolor ver que esa niña que iba a la escuela hoy se prostituye para fumar paco (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia; 2009).

Como mencionamos anteriormente, el Hogar de Cristo nace en el 2008 con el Centro Barrial Hurtado, ante la preocupación de la comunidad de la Parroquia de Nuestra Señora de Caacupé, por la complejidad del paco que cada vez se hacía más presente en la villa 21-24, producto de la marginalidad, la ruptura del tejido social y la situación económica.

Nacen así los centros barriales que resumen el abordaje de trabajo en el lema “Recibir la vida como viene”. Para comprender dicho lema, Pablo Vidal (2017), referente de la FGHC, describe cinco aspectos claves: en primer lugar, reconocer la dignidad humana de todas las personas; segundo, cada equipo de trabajo se propone mirar y acompañar la integralidad de la vida; tercero, recibir la vida como viene implica recibir la vida en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia entendiendo que las personas que llegan se encuentran atravesadas por las condiciones más complejas; cuarto, permanecer abiertx a todas las personas significa también abrirse a la bendición, entendido como “signos de la presencia de Dios”; y por último, menciona que la cercanía con la realidad y con lxs más pobres brinda la oportunidad de “descubrir la realidad atravesada por Dios”, entendiendo que no existe una única respuesta al consumo problemático de sustancias, sino que es fundamental poder abordarlo en cada caso de forma particular, según la propia historia de la persona, situación y posibilidades.

El centro barrial entonces aparece como

*“Un dispositivo comunitario de acompañamiento para la vida (...) El CB espera a las personas, también las busca y las encuentra. Se constituye como un dispositivo nodal que, alojando y dándole sentido a la palabra, se presenta como la ley, el tope; un lugar donde el que llega será parte del lugar, SIEMPRE”. (FGCH; 2015, p 4)*

Según nos relatan las distintas personas entrevistadas, el modo de acompañar del Hogar es “cuerpo a cuerpo”, recibiendo la vida de los pibes y pibas que se acercan, sin preguntar, sin poner requisitos de admisión, sino simplemente recibiendo en primer lugar

*acá es una familia. Hablamos con los chicos que están en consumo, que han ido a hospitales y llegan hasta la puerta y los miran con cara fea o directamente no los atienden porque están sucios o consumidos.. pero acá llega, el chico que llegue o como llegue, no importa, acá miramos la persona. No miramos religión, no miramos estatura, género, no miramos nada... miramos a la persona que necesita una ayuda y que necesita un abrazo. Se le da un abrazo, se lo atiende como familia... Nosotros queremos mostrarles que pueden estar dentro del sistema de salud, ellos no están excluidos... sin embargo los profesionales y el sistema de salud excluyen a la persona para un costado, y atienden al que no va drogado, al que no le va hacer kilombo, el que está limpio, el que no tiene olor, por eso no quieren llegar al hospital y vienen acá... acá miramos solamente a la persona. No importa su nacionalidad, si es uruguayo, colombiano, peruano... es una persona (acompañante par)*

El lema entonces fue delineando la mirada, entendiendo que no se le debía pedir a las personas que se adapten a la institución, sino que la institución realizaba un abordaje personalizado, sin pedir criterios de admisión ni poniendo requisitos para el ingreso. Así, se comenzó a recibir a las distintas personas que querían acercarse a los centros barriales, ya sea para cambiarse la ropa, ducharse, comer algo o compartir el tiempo, esperando a que surja la demanda por parte de la persona que es acompañada. Demandas vinculadas no solo a realizar un tratamiento psicoterapéutico sino también vinculadas a solicitar un lugar donde dormir, la tramitación de algún documento, el acompañamiento para regularizar una situación judicial, la gestión para un turno médico, una internación en algún lugar alejado de su zona de consumo, la revinculación con algún familiar, la incorporación a espacios recreativos y comunitarios, el acompañamiento en la escolaridad.

Asimismo, al entender a lxs sujetxs como responsables y portadores de singularidad, se entiende que “se requiere una estrategia única que a su vez no tiene ninguna posibilidad de concreción en soledad sino formando parte de la comunidad CB”

En esta línea, observamos a partir de los aportes de distintos textos fundantes de la FGHC, que no se piensa al consumo problemático como un problema de drogas, sino como una situación de exclusión grave. "No hablamos de un problema de droga, sino de un problema de

personas desoladas por múltiples dificultades y con un consumo comprometido con las drogas" (Touzé, 2010, p. 126). En este sentido, abordar el consumo problemático desde la complejidad del mismo, entendiendo que no es solamente un tratamiento sino que se trata de "recibir toda la vida, no una parte de la vida" (Olivero, 2019, p 4), entendiendo al consumo como síntoma de otras situaciones.

### **Estrategias de intervención desde la construcción de vínculos**

La Casa Masantonio desarrolla diversas estrategias basadas en la mirada del Hogar de Cristo la cual tiene como finalidad dar una respuesta integral frente a los consumos problemáticos de sustancias ubicando en primer lugar a la persona. En este sentido, "el hospitalito" busca dar respuesta a la dificultad que se presenta en la accesibilidad al sistema público de salud para aquellas personas que se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad como lo son las personas en situación de consumo de paco y atravesando la enfermedad de la TB.

Como mencionamos anteriormente, los tiempos de espera que imponen los servicios de salud terminan por obstaculizar el acceso a las instituciones sanitarias, incluyendo consultas y realización de estudios y tratamientos. Muchos de los turnos en hospital público no pueden solicitarse por teléfono por lo cual para conseguirlo se requiere ir a la madrugada o la noche anterior a realizar la fila para estar entre los primeros lugares ya que los turnos, en general, se asignan hasta que se completan los cupos (Ballesteros, Freidin, Wilner, 2017).

*si alguien está en mayor marginalidad, por ejemplo en situación de calle, ya de entrada no cuenta muchas veces con la documentación para poder acceder al hospital o en caso de que acceda no cuenta con un lugar donde pueda atesorar la medicación y entonces significan múltiples pérdidas de tratamiento, o por ejemplo no ser tratado y evaluado sin exclusión o discriminación por estar en calle, en situación de consumo. O la misma dinámica de la pasta base que es altamente adictiva muchas veces genera esta barrera de adherencia en donde alguien que está en una gran situación de consumo empieza a perder registro de su salud y después pierde registro de sus cuidados. Le es muy difícil respetar un turno, un horario programado, una visita programada, un retiro de medicación programado y ni que hablar del cuidado de su medicación (médico infectólogo).*

Desde este punto, es importante mencionar el trabajo en conjunto que se da entre el Hospital de infecciosas Francisco Javier Muñiz y la CM. Esta última no es un hospital y por lo tanto no cuenta con determinados servicios y prestaciones que son necesarios para el correcto diagnóstico, y el futuro tratamiento de las personas con TB. Por ejemplo se toman muestras en el dispositivo que luego serán analizadas en el laboratorio del hospital, teniendo acceso a los resultados una vez que se encuentren listos. En suma, se requiere de placas, tomografías y diversos estudios para ampliar el panorama médico que también son realizados en el hospital, para luego ser analizados en CM.

*Yo voy todos los días al hospital Muñiz... entrego esputos, ordenes de estudios, de vacunas (...) Los chicos llegan acá con tuberculosis. En general P y yo los llevamos al hospital. A veces a hacerse una placa, a veces para quedar internados... en el hospital ya conocen el trabajo con Masantonio, entonces suelen recibirnos (acompañante par).*

A su vez, se encuentra ubicado en la proximidad de la villa entendiéndose que no se puede acompañar a las personas si no es desde la cercanía. Desde aquí se entiende que compartir el territorio brinda una valiosa oportunidad, ya que algunas cuestiones sólo pueden ser comprendidas desde allí. Esta cercanía permite comprender mejor a quienes comparten la vida en ese lugar, ampliando la perspectiva hacia una visión integral. Sin embargo, a lo largo de la investigación se descubre que no solo vivencian una cercanía en términos físicos, sino en una presencia mucho más honda, mucho más profunda. De esta manera la presencia se entiende como la consecuencia de permanecer cercanos a pesar de todo.

*El abordaje territorial y comunitario es una de las cosas más importantes de este lugar para mí en dos sentidos. Por un lado porque es el mismo barrio el que hace propio al dispositivo, acá se lo suele llamar “el hospitalito” con mucho cariño, las personas que acceden terminan aceptando al lugar como un lugar familiar y amigable, el HIV y la tuberculosis siguen siendo enfermedades llenas de mucho estigma y que cuando se enteran genera mucho dolor y les cuesta mucho, por eso recibir este tipo de noticias rodeado de amigos, de amigas, de enfermeras que van a estar ahí dándote la mano es muy importante. Son los mismos chicos y chicas que se han curado una tuberculosis acá quienes traen a un primo, a un sobrino o alguna*

*vecina del barrio que ven muy grave de salud y eso es muy lindo de ver, como la comunidad se cuida entre si (estudiante de trabajo social)*

*ellos me sacaron adelante, me alargaron la vida. Yo salí del hospital sin fuerzas para caminar; dormía todo el día y me llevaban la comida a la pieza. Después pude compartir afuera en el patio. Ya comía con el resto y todo. Se convirtió en un lugar al que siempre puedo volver sabes? siempre te reciben con un abrazo, te mandes la que te mandes (Pedro).*

En este sentido, CM busca propiciar un entorno seguro a partir de la construcción de lazos afectivos y de confianza para las personas que acceden a la misma ya que las dinámicas de esta población son significativamente influenciadas por la variabilidad de los factores ambientales en los que una persona participa. Se buscan acciones que vayan más allá de abordar riesgos individuales, para incidir en contextos complejos y crear entornos seguros que reduzcan el impacto de las violencias que enfrenta esta población en situación de vulnerabilidad. En este marco, la CM se centra en la persona entendiendo que son sujetos singulares teniendo en cuenta que en cada historia los acontecimientos, hechos y situaciones son diferentes resultando fundamental para entender las transformaciones de sus prácticas para la búsqueda de respuestas integrales y particulares.

*Lo describiría como una estrategia de respuesta muy individualizada y eficaz. No se si hay una dinámica formalizada sino que conocemos una persona, con una historia, con un problema, atravesada por miles de situaciones complejas y tratamos de acompañar la complejidad de eso. En primer lugar me sale resumir que lo que acompañamos son personas con sus problemas, sus sufrimientos y sus historias (médico infectólogo).*

Otra de las estrategias utilizadas por CM es la del “DOT” (denominado así por sus siglas en inglés directly observed treatment) adaptando la herramienta a las personas que acompañan y a su situaciones particulares y no las personas adaptándose a ella como sucede en el servicio público de salud. Es un método de administración de medicamentos en el que se supervisa cada dosis tomada por una persona que se encuentre en tratamiento. Su objetivo es garantizar que se tomen todos los medicamentos según la prescripción, además de monitorear la respuesta al tratamiento. Esta metodología mejora la adherencia al tratamiento y reduce el

riesgo de resistencia a los fármacos debido a una toma irregular o abandono del mismo. Es decir, asegura que la persona esté tomando los medicamentos, garantiza la curación, siendo una forma de evitar y prevenir el abandono y la futura resistencia a los medicamentos y principalmente fortalece la relación de la persona en tratamiento con lxs agentes de salud.

*El DOT es el tratamiento directamente observado, eso quiere decir que un agente sanitario observa directamente y en forma supervisada como alguien toma la medicación. Es un método ideal en casos de enfermedades infecciosas que precisan una alta tasa de adherencia quiere decir la necesidad de no olvidarse de tomas, de no hacer tomas salteadas porque de tal forma que si sucede en este tipo de infecciones, esa toma salteada se puede comprometer el éxito del tratamiento porque la misma bacteria puede ir generando resistencia a los antibióticos si las tomas no son diarias. Por eso, para minimizar ese error se hace un tratamiento directamente observado con un agente sanitario (médico infectólogo)*

La manera en que se lleva adelante la estrategia DOT en Casa Masantonio varía según la persona. Como hemos mencionado anteriormente, la atención del dispositivo se centra en la realidad cambiante y compleja de cada sujeto en particular. En este sentido, algunas personas acceden a diario por su medicación, a la vez que desayunan y/o almuerzan, y son las enfermeras principalmente quienes supervisan la toma de la misma. Por otro lado, se encuentran quienes, por diversos motivos, no se encuentran en condiciones de acercarse a diario al dispositivo.

*aca si un pibe no viene, salimos a llevarle la medicación, lo buscamos... los chicos saben que de 9 a 15 hs tienen su medicación para buscar, que ellos golpean la puerta, si quieren desayunar desayunan, si quieren bañarse se pueden bañar, vienen toman su medicación y después pueden venir al mediodía y retirar su comida para el almuerzo (acompañante par).*

Existen muchos casos en que los AP son quienes se encargan de llevarle diariamente la medicación y realizar el DOT a las personas que se encuentran en tratamiento. Esto sucede ya que dichas personas se encuentran principalmente en las ranchadas y en los pasillos de la villa, siendo los AP quienes viven en las cercanías y tienen vínculos ya formados con ellxs y con el territorio.

*En Masantonio eso es fundamental porque quien lo hace es habitualmente un acompañante par o alguien de la casa en un entorno amigable, mismas enfermeras o enfermeros, o algún acompañante par. Entonces esto permite sobre todo a la gente que no tiene la posibilidad de acercarse de que alguien pueda ir a la calle, a los lugares digamos de zonas de consumo y directamente administrarles la medicación para que no se corte este tratamiento. Es un pilar fundamental de los éxitos de tratamiento (médico infectólogo).*

A su vez, en CM se acompaña toda la vida, incluso hasta la muerte. En el transcurso de la investigación, presenciamos 2 velorios que se realizaron mismo en la CM, al respecto, nos contaban que muchas veces las personas llegan solas, sin familia o redes de contención, o que muchas veces las familias no cuentan con la posibilidad económica de velar a sus familiares.

*Lo que yo me dedico realmente aca es a cuidar a los pacientes terminales (...) Implica que vos estas al lado de ellos, cuando ya se estan por morir y los acompañamos para que no mueran solos como perros en la calle, no? acompañamos para que aunque sea muera con alguna gente... o conocido o con una cara amigable... Se quedan internados hasta que dios dice hasta aca llegaste (acompañante par).*

Una de las personas fallecidas murió en un auto, en la villa, en donde vivía y consumía desde hacía muchos años. Fue una muerte muy dolorosa para todo el barrio porque todos lo conocían como el “viejo pato” y algunas personas le decían “papá de la calle”. Nos cuentan que un lunes tocan la puerta de masantonio, a los gritos de “que venga el médico el Pato no reacciona”, el médico fue hasta el auto, pero ya era tarde, el pato ya había fallecido. Al miércoles siguiente a nosotrxs nos tocaba asistir a la institución, por lo cual, presenciamos el velorio.

Sin embargo, otra de las personas fallecidas, pasó sus últimos días en CM, dormía en la habitación con un acompañante par, con el objetivo de que pudiera estar atento a sus dolores o necesidades. Esta persona se encontraba cursando un cáncer en el pulmón, había estado internado en el hospital hasta algunos días atrás, le dieron el alta porque ya no había más nada para hacer. Desde Masantonio le ofrecieron quedarse allí, sin embargo, él primero se fue a alquilar una pieza a un hotel, porque era su deseo, luego se dió cuenta de que la situación

avanzaba y decidió quedarse en CM. Allí le cocinaron la comida que deseaba: canelones con salsa. Recibieron a su familia biológica, sus hijxs, que hacía muchos años no lo veían se quedaron con él hasta su último día.

Al igual que “el Pato”, fueron velados en CM, en donde vino un cura, que los conocía, para rezar junto a las familias, vecinxs, y amigxs del barrio. Luego fueron llevados al cementerio del Bajo Flores acompañados por estas mismas personas.

*hay veces que tenemos chicos que lamentablemente bueno por distintas razones, más allá del consumo, fallecen y realmente ver a todos, ya sea a los acompañantes pares que son los que acompañan a muchos chicos a internaciones, etc etc, lloran porque realmente nos duele muchísimo el hecho de que cada uno de ellos pudieran tener una vida como todos merecemos no lo hayan logrado, pero bueno, esto es así, es muy duro (psicólogo social).*

Nos llamaba la atención que luego del velorio transcurriera todo con tanta normalidad, que siguiera el día como cualquier otro, de manera habitual. Las muertes de las personas en las villas, las muertes de quienes se encuentran vinculados a las drogas, las muertes de portadores de HIV y/o TB, se cuentan en números. Entre los relatos de diversos participantes del espacio es muy recurrente la frase “antes éramos tantos y ahora somos tantos” o “de 10 quedamos 2”. En general, en sus versiones, palabras y recuerdos, las muertes son referidas con cierta normalización, sin embargo, no por ello es menos angustiante y de difícil elaboración (Candil, 2014).

### **Acompañantes Pares: agentes comunitarios esenciales**

Venimos mencionando el trabajo de lxs acompañantes pares, y es importante mencionar que se convierte en esencial la construcción de lazos afectivos para el sostenimiento del tratamiento de la tuberculosis, no solo porque son quienes muchas veces facilitan el acceso a la medicación o porque son quienes suelen traer a sus pares en situaciones de salud grave, quienes acompañan a los hospitales durante largas horas en una guardia o para poder realizarse un estudio. Quienes visitan a lxs que se encuentran internadxs para llevarles comida, ropa y pasar tiempo de calidad junto a ellxs. Sino, y fundamentalmente, porque generan vínculos de calidad sostenidos en el tiempo.

*yo los visito. Les pregunto qué necesitan, qué les podemos llevar... papel higiénico, algo para tomar... También está Mariano, que es otro chico que trabaja acá. Él les lleva la bandeja de comida todos los días... la comida del hospital es todos los días igual, cuando tenes que estar mucho tiempo internado, no la aguantas más... así que les llevamos comida de acá, que es más rica. Y si no está Mariano, o no estoy yo, otro hace esa tarea... lo importante es que la persona que está internada pueda aguantar, viste? muchas veces no aguantan ni dos días porque se van a consumir... y otras aguantan como 3 meses, pero es difícil estar en el hospital, solo... (acompañante par).*

Carballeda entiende a los lazos sociales como “elementos relevantes en la construcción de procesos de identificación, subjetivación y socialización”, en tanto “construyen al sujeto desde la existencia de un otro, al que le otorgan identidad y lo introducen dentro de la cultura” (Carballeda, 2008:95). Entendiendo que existe una gran diversidad de vínculos en distintos ámbitos, nos centraremos en los vínculos entre pares ya que se consideran un soporte central en la vida de las personas, que ocupan un lugar aún más central en situaciones donde los lazos familiares se encuentran desgastados. Funcionan en dos sentidos: hacia el exterior, como “formas de protección y seguridad ante un orden que los excluye”, y hacia el interior “como espacios de pertenencia y adscripción identitaria, a partir de los cuales es posible generar un sentido en común sobre un mundo incierto” (Reguillo Cruz, 2000:párr. 3).

*Yo viví 4 años en el CEAMSE, en donde juntan la basura acá en Parque Patricios, comía de la basura, vivía con las ratas, me drogaba, todo eso... y así conocí al Hurtado. Estuve diez años detenido y después de salir, no tenía a nadie, y solo conocía gente que robaba... así empecé a parar en la villa y consumía... primero con marihuana y cocaína, hasta que agarre el paco, y bueno, me fue re mal. En ese contexto me contagie de tuberculosis. Por eso el Hogar para mi es una familia, no solo porque me acompañó y acogió cuando yo estaba solo ahí en el fondo de todo, hundido, sino porque hoy en día yo también puedo acompañar a otros en la situación en la que yo estaba... hoy en día acompaño en los últimos días de vida de una persona, me voy a misionar, lo importante es que los chicos se puedan sentir útiles... (acompañante par).*

Siguiendo a Carrillo podemos decir que frente a un contexto de fragmentación de la vida social, de las relaciones personales, la individualización y homogeneización cultural, aparece

imprescindible restablecer el vínculo social y reivindicar lo colectivo, basándose en lazos afectivos que se generan en la vivencia presente, en la proximidad, en las redes asistenciales, en la complicidad momentánea. Asimismo, teniendo en cuenta que la desorganización y desintegración social y la disolución de las redes de apoyo y grupos sociales primarios (específicamente la familia) son factores claves en la génesis de las problemáticas actuales, como encontrarse inmerso en el consumo problemático de sustancias. En este sentido, el restablecimiento del sentido de pertenencia grupal y comunitaria es esencial en las estrategias de intervención de dichas problemáticas (Carrillo, 2002). En este sentido, Ana Quiroga nos dice que lxs sujetxs se encuentran inmerso en una compleja trama de vínculos y relaciones sociales, siendo siempre situacional y social, entendiendo la creación de vínculos como parte de un modelo de intervención que incluya prácticas de acompañamiento fundamentales para la reconstrucción de los lazos sociales (Ana Quiroga, 2010).

La vulnerabilidad y la exclusión son fenómenos complejos que no admiten soluciones parciales y aisladas. En suma, la figura de lxs AP no tiene que ver sólo con lo vincular, sino que no se puede pensar un proyecto de vida por fuera de la inserción laboral y es en esta línea que también resulta esencial el rol que se les asigna. Las actividades de los diferentes centros barriales de la FGHC contribuyen a la situación laboral incluyendo talleres de oficio, actividades de apoyo en la búsqueda laboral, creación de microemprendimientos, cooperativas de trabajo, entre otros. Sin embargo, en muchos casos, las personas que concurren al dispositivo adquieren una primera experiencia laboral trabajando como acompañantes pares. Esto implica, como venimos mencionado, acompañar al hospital ya sea para internarse o realizarse estudios, visitar a quienes se encuentran en centros terapéuticos o en la cárcel, llevar medicación a quienes se encuentran en comisarías. Este tipo de experiencia enseña el cumplimiento de horarios y rutinas siendo una tarea por la cual reciben una ayuda económica. Durante la investigación, hemos presenciado una anécdota contada por uno de los primeros referentes de la FGHC y Cooperativa AUPA en relación a lxs acompañantes pares:

*Lo bueno de todo es que las personas que piden ayuda terminan siendo ayudantes de primera y eso no solo permite abordar mejor la atención sanitaria, sino que constituye una oportunidad de empleo para los chicos. Porque muchos de ellos no pueden ser integrados en el mercado laboral y, entonces, es necesario crear espacios que les permitan trabajar y hacer algo útil. Un ejemplo muy claro es el de J. Él era*

*un adicto que llegó con tuberculosis, VIH y tenía una parálisis. Cuando lo conocimos era un despojo. Un día le dijo a mi mujer:*

*-me cansé de tomar las pastillas*

*- pero tienes que tomarlas sino te vas a morir - le respondió*

*-para qué quiero vivir si no tengo nada que hacer en la vida*

*- pero si puedes hacer mucho. Yo necesito un secretario que me ayude y vos conoces muy bien el hospital Muñiz*

*-pero yo tengo medio cerebro*

*-pues precisamente eso ando buscando yo ¡un secretario con medio cerebro!*

*-y desde hace 6 años, J es el secretario de mi mujer y anda por el hospital por donde quiere porque todos lo respetan. No hacemos caridad con él, hace su trabajo muy bien, pero es un trabajo adecuado a sus circunstancias (referente Cooperativa AUPA).*

Los diversos relatos nos muestran que la incorporación de pares en servicios y programas para personas vinculadas a los problemas de sustancias psicoactivas indican ser efectivas para abordar el desempleo y promover la recuperación. Lxs pares, al ser expertxs en sus propias necesidades y prácticas, pueden proporcionar información valiosa para adaptar los servicios de atención. Además, trabajar en un ambiente estructurado y de apoyo ayuda a las personas a aprender habilidades profesionales básicas y establecer vínculos con la comunidad que a la larga reducen los procesos de discriminación y estigma. Esto a su vez, puede llevar a una reducción o abandono en el consumo de sustancias, facilitando cierta estructura vital y una mayor autonomía.

En conclusión, podemos observar que los vínculos comunitarios son un eje fundamental de la propuesta terapéutica. La idea de “ser familia” permite generar como parte de la respuesta un andamiaje vincular desde el que volver a enfrentar las vicisitudes de la vida al tejer vínculos emocionalmente significativos en los que poder sostenerse, a partir de la inclusión comunitaria. En este marco el rol de lxs AP como referentes comunitarixs es central. Son personas que están transitando sus propios procesos de recuperación y a la vez asumen tareas de cuidado y acompañamiento de otras personas que están recién comenzando sus tratamientos. Trabajando “cuerpo a cuerpo” para evitar las intervenciones no acompañadas que depositan la responsabilidad exclusivamente en la persona en tratamiento, y de esta

forma la responsabilidad es compartida con alguien que ejerce tareas de cuidado a la vez que refuerzan su propio proceso.

## **Reflexiones finales**

Para finalizar la presente investigación consideramos necesario remitirnos a las preguntas que sugirieron el problema de estudio: ¿Cuál es el impacto de las condiciones de habitabilidad y los factores socio-económicos en el diagnóstico, contagio y tratamiento de la enfermedad? ¿Cómo influye la situación de consumo problemático de pasta base en el diagnóstico, contagio y tratamiento de la tuberculosis? ¿De qué manera se presentan las barreras de accesibilidad en la atención y tratamiento en el Hospital de infecciosas Francisco Javier Muñiz? ¿Cuál es la incidencia de la noción de “Acompañantes Pares” en la intervención que realiza Casa Masantonio en el diagnóstico, contagio y desarrollo de la tuberculosis en estas personas?. Las mismas nos llevaron a la siguiente pregunta problema *¿Cuáles son los factores socio-ambientales que inciden en el contagio, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y de qué manera interviene la Casa Masantonio en dicho proceso en las personas en situación de consumo problemático de pasta base que participan de la institución en el año 2023?*

A partir del análisis reflexivo que se ha realizado a lo largo de la investigación podemos mencionar que la misma pone en evidencia la importancia de las conexiones entre la sociedad civil y el Estado en los procesos de acompañamiento integral a las personas. Como hemos podido observar, a través de la descripción de las barreras de accesibilidad, la CM surge ante la ausencia o deficiencia de respuestas estatales frente a las problemáticas complejas abordadas, como lo describe claramente la Dra Natiello

*Tienen un montón de complejidades y así y todo tienen, los resultados realmente son absolutamente destacables, y yo no conozco otra experiencia de verdad, hasta donde da mi conocimiento, no conozco otra experiencia que tenga el impacto que tiene y los resultados que tiene Casa Masantonio, estoy hablando de indicadores numéricos, despues la cuestion humana y todo, es otro tema, pero solamente de indicadores numéricos la verdad yo no tengo conocimiento de otro lugar que tenga este éxito de tratamiento en 90% que cumple lo que pide OMS, no lo conozco en ningún otro lugar. Y con esta complejidad, no? porque estamos hablando de una gran cantidad de pacientes super complejos.*

*(...) De hecho para nosotros Casa Masantonio es el último recurso cuando los hospitales o las jurisdicciones no saben cómo resolver estas situaciones. Si no lo resuelve Casa Masantonio, no lo resuelve nadie.”*

La misma se vincula en al menos dos aspectos con el Estado, por un lado, la institución se encuentra financiada por diversos efectores del estado, tanto directa como indirectamente, desde la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), así como por el Ministerio de Desarrollo Humano de CABA, que financia a través del programa de Adicciones del mismo, como también a partir de la entrega de alimentos, lo que permite entregar desayuno y/o una bandeja de comida cuando las personas acceden por su medicación. En este sentido, también CM articula con el Ministerio de Salud de Nación, quien realiza la entrega de medicación para enfermedades complejas e infecciosas; así como con el Ministerio de Salud de Ciudad, mediante el cual se encuentran conveniados tres de los seis médicos que trabajan en la institución. Por otro lado, ya que trabaja en articulación directa con otros efectores del sistema de salud, adoptando así una relación de coproducción de servicios sociales con el sector público. Asimismo, como institución inserta en el territorio, trabaja articuladamente con entidades públicas y sociales locales como escuelas, comedores comunitarios y movimientos sociales.

En este marco, nos resulta interesante mencionar que según los datos recabados, en la actualidad, la comuna 4 de la CABA ha reducido notablemente a lo largo de los años de CM sus índices numéricos respecto de la enfermedad de la TB. Mientras que las comunas 7 y 8 que “son comunas con tasas bastante más altas que el promedio nacional” (Dra María Marcela Natiello), desde la Cooperativa AUPA se está tratando replicar el dispositivo de CM.

A lo largo del trabajo resaltamos tanto la centralidad de la mirada integral puesta en la persona y no en el tratamiento, así como la importancia de la comunidad al momento de generar estrategias para intentar dar respuesta frente a las problemáticas del consumo de paco y la enfermedad de la TB en poblaciones atravesadas por factores culturales, económicos, políticos, habitacionales, vinculares, entre otros. En este sentido, podemos observar dos grandes cuestiones, por un lado, la relación y el vínculo que se genera entre las personas y el espacio de CM, entendiendo que tanto las personas que acceden a la institución como el equipo de trabajo generan un sentido de pertenencia hacia el mismo, es decir, se genera en el proceso un espacio que deviene para las personas en un lugar propio convirtiéndose así en “el

hospitalito”. Por otro lado, se destaca que el éxito de la CM en el tratamiento de la TB en personas atravesadas por el consumo de paco no tiene que ver únicamente con un mérito médico, más bien, con un enfoque integral comunitario en donde el equipo de trabajo, las personas que acceden a los tratamientos y lxs acompañantes pares tienen un rol fundamental que permite que no solo se transite el tratamiento de manera exitosa sino que brinda la posibilidad de volver a tener un proyecto de vida.

En esta línea y como mencionamos a lo largo del trabajo vimos diversos cambios positivos que varían ampliamente entre las distintas dimensiones de la vida. Entre ellos aparecen la mejora en la alimentación; obtener soluciones habitacionales mejorando la calidad de vida, especialmente para aquellxs que vivían en situación de calle; mejoras en la salud en general, ya sea desde el cuidado personal aprendiendo a reconocer el propio estado de salud así como también su estado de salud físico y mental. Otros factores de cambio que hemos observado en los procesos incluyen la dimensión espiritual, re-conociendo sus propósitos de vida o una nueva forma de vivir. En este sentido, observamos que la presencia del consumo de sustancias en espacios cerrados, o en hacinamiento junto con realidades atravesadas por desigualdades sociales (condiciones socio económicas, problemáticas vinculares) incide en el diagnóstico, contagio y tratamiento de la TB en las personas que participan de CM. Sin embargo, como mencionamos anteriormente, cuando existe una mejora en las distintas dimensiones de la vida, así como en la posibilidad de pensar en un proyecto de vida junto con un acompañamiento integral, sostener un tratamiento a lo largo del tiempo resulta posible.

Asimismo, reconocemos la centralidad de la figura de lxs acompañantes pares en varios sentidos. El análisis de la dimensión de trabajo nos demuestra que las experiencias laborales por parte de este grupo en CM y el aprendizaje de normas de convivencia, la organización de horarios y el manejo del dinero son pasos importantes en los caminos de recuperación para preparar a la persona para poder sostener un futuro posible empleo. Sin embargo, frente al bajo nivel educativo y la poca experiencia en el mercado laboral que se vislumbra a lo largo de la investigación, el acceso a un empleo formal para estas poblaciones es escaso. En este punto falta avanzar en el diseño de políticas públicas que tomen en cuenta trayectorias de vida de las personas acompañadas por la institución, como emprendimientos productivos y cooperativas con fines sociales. Sin embargo, se ha observado en las dimensiones de educación y trabajo, que en la mayoría de los casos observados, referían al aumento del interés de trabajar o estudiar. Algunas de las personas han iniciado/terminado programas de

educación formal así como también algunxs han comenzado trabajos fuera del entorno de la FGHC.

A su vez, se pudo percibir que otro de los factores es que la CM produce efectos importantes en la dimensión relacional. La relación con personas del entorno y con miembros de la familia. Un vínculo que se va tejiendo y profundizando a través de un tiempo que no está circunscripto a un objetivo institucional, esto quiere decir que mientras que las instituciones tradicionales se definen por sus objetivos la comunidad se define por sus vínculos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **Fuentes bibliográficas:**

**Acuña, C., & Chudnovsky, M. (2002).** El sistema de salud en Argentina. Documento 60.

**Aguiar, M., Rosas, J. y Tonelli, L. (2022).** Cartoneo y recuperación de residuos en América Latina. *Revista Iberoamericana de Economía Social y Solidaria*, 17, 1-25.

<https://doi.org/10.1016/j.rie.2022.01.001>

**Ahumada, G., Hynes, M., & Cumsille, F. (2015).** Ponencia Consumo de drogas y vulnerabilidad social: las Cocaínas Fumables. II Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de Cuyo, Mesa 30, Observatorio Interamericano de Drogas, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de Estados Americanos.

**Arrossi, S. (2020).** Participación comunitaria y tuberculosis: experiencias y desafíos para la región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e54.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.54>

**Arrossi, S., Herrero, M. B., & Greco, A. (2022).** Tuberculosis en poblaciones vulnerables: un desafío vigente. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13(49), 92-99.

**Banco Mundial. (2000).** Educación: Escenarios de Futuro – Nuevas Tecnologías y Sociedad de la Información (Informe No. 16).

**Bello, M., & Becerrillo-Montekio, V. M. (2011).** Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(supl 2).

**Brunner, J. J. (2000).** Educación: Escenarios de Futuro – Nuevas Tecnologías y Sociedad de la Información. Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe. Informe No 16. Banco Mundial.

**Camarotti, A. C., Jones D., Di Leo, P., Azparren, A. L., & otros. (2017).** Los dispositivos del hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Teseo.

**Candil, A. L. (2014).** Inter-versiones: un estudio sobre los tratamientos ambulatorios orientados a los consumos problemáticos de drogas en el sistema público de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (Tesis de licenciatura). Repositorio Digital Institucional Facultad de Ciencias Sociales-UBA. <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/1359>

- Carballeda, A. J. M. (2008).** Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto. Margen.  
<https://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>
- Carballeda, A. J. M. (2016).** El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. Revista Margen, 82.
- Cortez, M. E., Peña, M. O., & Pérez, S. C. (2006).** Exclusión social y construcción del Estado en América Latina y el Caribe. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 4(1), 77-99. <https://doi.org/10.11600/1692715x.412006205>
- Di Iorio, J., Seidmann, S., Gueglio, C. & Rigueiral, G. (2016).** Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: el cuidado como categoría de análisis. Psicoperspectivas, 15(3), 123-134.  
<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-838>
- Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia. (2010).** El desafío del paco. Hogar de Cristo. <https://hogardecristo.org.ar/textosfundantes/el-desafio-del-paco/>
- Familia Grande Hogar de Cristo. (2015).** Documento de la unidad: Una estrategia comunitaria para acompañar la vida (p. 4).  
<https://hogardecristo.org.ar/textosfundantes/documento-de-la-unidad-una-estrategia-comunitaria-para-acompanar-la-vida/>
- Ferreira Vorkoper, P. K. (2022).** Participación comunitaria en la atención de la tuberculosis en Brasil. Gaceta Sanitaria, 36(4), 380-386. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.03.005>
- Marmot, M. (2004).** Status Syndrome. Bloomsbury.
- Marmot, M. (2015).** The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. Bloomsbury.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A., & Taylor, S. (2008).** Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Míguez, H. (2007).** El uso de paco y la segunda exclusión. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina.
- Mitchell, A. (2021).** Evaluación de impacto integral de los Centros Barriales del Hogar de Cristo. Santa María.

- Morales, H. A. (2009).** El consumo de Paco en la Argentina. *Revista electrónica de Psicología Política*, 7(21).
- Morande, B. (2018).** Salud callejera: La Atención Primaria de Salud en los márgenes de la Ciudad de Buenos Aires Redes de cuidado de una organización de la Sociedad Civil para personas en situación de calle (Tesis de licenciatura). Independent Study Project (ISP) Collection, 2769.
- Pino, R. (2020).** Estudio sobre el Centro Barrial Hogar de Cristo “San Alberto Hurtado” en relación a la eficacia como estrategia para el abordaje integral en forma comunitaria del problema complejo del Paco y la posibilidad de reparación del daño subjetivo integral causado (Tesis de maestría).
- Rangugni, V., Rossi, D. y Corda, A. (2006).** El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el cono sur. Programa Drogas y Democracia, en *Drogas y conflicto*.
- Rocha, H. (2016).** Género, masculinidad y poder: el consumo de PBC/Paco por adolescentes varones en el Gran Buenos Aires. IV Jornadas del Doctorado en Geografía de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de la Plata.
- Rodriguez, M.C., & Di Virgilio, M.M. (2016).** Territorio, políticas habitacionales y transformaciones urbanas. *Espacio*.
- Romero, C. (2004).** La escuela media en la sociedad del conocimiento. *Novedades Educativas*, Capítulo 1. Buenos Aires, Argentina.
- Romero, C. (2015).** La escuela secundaria, una prioridad nacional para el siglo XXI. Academia Nacional de Educación, Boletín No 100. Buenos Aires, Argentina.
- Samanes, C., & Abal, Y. (2014).** Personas en situación de calle. La construcción de la subjetividad más allá de los márgenes. XI Congreso Argentino de Antropología Social.
- Segura, R. (2009).** Si vas a venir a la villa, loco, entra de otra forma. Distancias sociales, límites espaciales y efectos de lugar en un barrio segregado del Gran Buenos Aires. En *La vida política en los barrios populares de Buenos Aires* (pp. 41-62). Prometeo.
- Snitcofsky, V. (2022).** Historia de las Villas en la Ciudad de Buenos Aires. Desde los orígenes hasta nuestros días. Bismán ediciones.
- Tizziani, A. (2021).** Precarización del trabajo doméstico en Argentina. Tendencias y debates contemporáneos. CLACSO.

**Touzé, G. (2010).** Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína. Nueva Sociedad, 227, 115-131.

**Fuentes documentales:**

**Boletín No 6 y Coordinación de Tuberculosis y Lepra (2023).** Tuberculosis y lepra en la Argentina. Boletín No 6, 1-76.

**Documentos de debate. Transnacional Institute (TNI) Briefing Series.**Rodríguez Alzueta, E. (2014).

**Honorable Congreso de la Nación Argentina. (27 de mayo de 2022).** Ley N° 27.675: Respuesta integral al VIH, hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual y tuberculosis. Infoleg. <https://www.infoleg.gob.ar/norma/337947>

**Procuración Penitenciaria de la Nación Informe Anual 2022 :** la situación de los Derechos Humanos en las Cárcenes Federales de la Argentina / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Procuración Penitenciaria de la Nación, 2023

**Organización Panamericana de la Salud.** Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Perfil del sistema de servicios de salud. República Argentina. Washington, DC: OPS, 2001.

**Organización Panamericana de la Salud. (2018, Octubre 31).** Casa Masantonio: un espacio de contención y tratamiento de la tuberculosis; 2018 Pu (1, 1st ed.) [OPS sobre Masantonio]. Organización Panamericana de la Salud.  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=list&slug=historias-exito-9611&Itemid=270&layout=default&lang=en#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=historias-exito-9611&Itemid=270&layout=default&lang=en#gsc.tab=0)

**Organización Panamericana de la Salud. (2022, March 24).** Día Mundial de la Tuberculosis 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.  
<https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-tuberculosis-2022>

**Organización Panamericana de la Salud. (2022).** Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis: Un paso trascendental para la salud pública de Argentina.

<https://www.paho.org/es/noticias/1-6-2022-ley-nacional-respuesta-integral-al-vih-hepatitis-virales-otras-infecciones>

**OCDE. (2001).** What Schools for the Future? Schooling for Tomorrow. OECD Publishing.  
<https://doi.org/10.1787/9789264195004-en>

**OECD (2020),** Back to the Future of Education: Four OECD Scenarios for Schooling, Educational Research and Innovation, OECD Publishing, Paris,  
<https://doi.org/10.1787/178ef527-en>.

**OPS, (2007),** Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Salud en las Américas – OPS 2007. Volumen I Regional. World Health Organization. WHO Report 2005. Ginebra: OMS; 2006. (WHO/HTM/TB/2006.362).

**Poder Ejecutivo Nacional. (2018).** Ley 27.453: Régimen Nacional de Beneficios y Aportes para la Producción y el Empleo. Boletín Oficial [de la] República Argentina, 3 de octubre de 2018, AÑO CXXXVI - Núm. 33.906.  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318381/norma.htm>

**Dirección General de Estadísticas y Censo. GCBA. (2015).** Límites territoriales.  
Identificación: CV031505.

**INDEC. (2023).** Mercado de Trabajo. Encuesta Permanente de Hogares: Segundo trimestre de 2023.  
[https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mercado\\_trabajo\\_eph\\_2trim23D62E32C3E6.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_2trim23D62E32C3E6.pdf)

**Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) (2021).** Informe técnico: Series trimestrales de oferta y demanda globales, Años 2004-2021. Capítulo de Agregados Macroeconómicos; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**Presidencia de la Nación Argentina. (2015).** Decreto 2670/2015, Capítulo XI. Boletín Oficial de la República Argentina, 22 de diciembre de 2015.  
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/141249/20151222>

**Defensoría del Pueblo (2021).** Situación de los hoteles en CABA. Informe técnico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://defensoria.org.ar/biblioteca/#todas-las-publicaciones>

**Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.).** Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

**OCDE. (2020).** Back to the Future of Education: Four OECD Scenarios for Schooling. Educational Research and Innovation, OECD Publishing. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/178ef527-en/index.html?itemId=/content/publication/178ef527-en>

**Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (s.f.).** Equipos de respuesta rápida integrados. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tuberculosis/equipos-de-respuesta-rapida-integrados/>

**Ministerio de Salud de la Nación. (2018).** Plan Estratégico Nacional para el Abordaje Integral de la Tuberculosis 2018-2022. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/0000001616cnt-plan-estrategico-nacional-abordaje-integral-tuberculosis.pdf>

**Ministerio de Salud de la Nación. (2021).** Boletín de Tuberculosis N° 6. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-de-tuberculosis-ndeg-6>

**Oficina del Congreso. (2021, diciembre).** Datos de atención pública. <https://www.congreso.gob.ar/>

**Organización Mundial de la Salud. (2021).** Global tuberculosis report 2021. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>

**Organización Mundial de la Salud. (s.f.).** The ENGAGE-TB approach. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-engage-tb-approach>

## **Anexos:**

### INFORME DE EVALUACIÓN DEL DIRECTOR/A

**Título del Trabajo:** Consumo de Paco y la enfermedad de la Tuberculosis: Un análisis desde la intervención comunitaria de Casa Masantonio

**Estudiantes:** Moreno María del Pilar, Retamoso Mariano Ivan y Szapsiowicz Salazar Lucía María

#### **Aspectos destacables del TIF/Tesina:**

El trabajo aborda una problemática social compleja y relevante, vinculando el consumo de sustancias con condiciones de pobreza, exclusión y problemas de salud pública.

Realiza un buen rastreo de antecedentes y estado del arte sobre la temática específica del paco y la tuberculosis.

La metodología cualitativa y el trabajo de campo en la institución permiten una aproximación situada al objeto de estudio.

El marco teórico integra perspectivas del campo de la salud, las adicciones, el hábitat popular y el trabajo social.

Se recuperan testimonios e historias de vida que dan cuenta de las complejidades del fenómeno abordado.

#### **Aportes del Trabajo:**

Aporta conocimiento sobre las estrategias comunitarias e integrales que se implementan desde Casa Masantonio.

Analiza las barreras de accesibilidad al sistema de salud que enfrenta esta población y cómo se intentan superar.

Visibiliza el trabajo de los acompañantes pares y su incidencia en la adherencia a los tratamientos.

Recupera la mirada y el posicionamiento del Hogar de Cristo sobre la problemática. Describe y analiza exhaustivamente un dispositivo inédito y efectivo en el abordaje de esta problemática compleja, de interés a nivel nacional y de reconocimiento a nivel de organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud(OPS)

#### **Evaluación del desempeño de los alumnos:**

Los alumnos demostraron compromiso con la investigación y capacidad para vincularse con la institución y los participantes. Sistematizaron adecuadamente la información relevada y lograron integración entre datos empíricos y fundamentos teóricos. Cumplieron con las tareas y plazos acordados. El trabajo escrito tiene una correcta organización y redacción.

#### **Aspectos a profundizar o reforzar:**

Ahondar algo más en la discusión bibliográfica de los conceptos centrales.

Explicitar en mayor medida la perspectiva y posicionamiento desde Trabajo Social, en relación a la

política pública y el rol del Estado en esta temática.

**¿Considera que el trabajo cumple con las condiciones mínimas para ser evaluado? SI**

**Justificación:** El trabajo cumple con los requisitos establecidos en relación a extensión, estructura, coherencia y rigor. Aborda una problemática social relevante de modo situado. Integra perspectivas teóricas y metodología cualitativa adecuadamente. Los estudiantes demuestran capacidad de investigación y compromiso con la temática. Por todo ello, el TIF se encuentra en condiciones de ser evaluado.



Mg. María Claudia Balenzano

MP3089

---

**Universidad de Buenos Aires**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**Carrera de Trabajo Social**

### **DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD**

**Buenos Aires, 02 de Noviembre de 2023**

Por la presente afirmo con carácter de **DECLARACIÓN JURADA** que soy/ somos autor/es de la tesina hoy presentada, la cual es por ende original en su formulación conceptual, procedimientos de investigación, desarrollo del aparato demostrativo, análisis de los resultados y conclusiones, a excepción de referencias a conceptos, procedimientos, datos o afirmaciones provenientes de otros trabajos, en cuyo caso han sido explícitamente citados en forma textual o no textual según el caso.

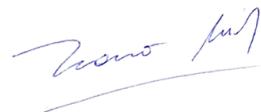
Este trabajo no ha sido previamente presentado en ninguna otra institución educativa, organización o medio público y/o privado, ni lo será sin hacer expresa mención a su condición de tesina presentada a esta institución.

Firma:



**DNI: 39.558.776 Aclaración: Szapsiowicz Salazar Lucía María**

Firma:



**DNI: 30.887.153 Aclaración: Retamoso Mariano Ivan**

Firma:



**DNI: 41.757.940 Aclaración: Moreno Maria del Pilar**