



Subsecretaría de Atención a las Adicciones  
Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

## ***Foros de Producción Colectiva 2003***

### ***La Calidad Prestacional***

*Noviembre y Diciembre 2003*

## **I N D I C E**

<i>pág.5</i>	<b>1. Prólogo</b>
<i>pág.10</i>	<b>2. Introducción</b>
<i>pág.17</i>	<b>3. Los Pre-Foros</b>
<i>pág.20</i>	<b>4. Dispositivo de trabajo</b>
<i>pág.21</i>	<b>5. La Calidad Prestacional</b> <i>Diálogos entre la calidad y la prestación</i>
<i>pág.35</i>	<b>6. Los Jóvenes y el Alcohol</b>
<i>pág.38</i>	<b>7. Redes Generacionales</b>
<i>pág.41</i>	<b>8. Encuesta de Satisfacción del Usuario</b>
<i>pág.43</i>	<b>9. Líneas de Acción</b>
<i>pág.45</i>	<b>10. Epílogos</b>
<i>pág.55</i>	<b>11. Bonus Track</b>
<i>pág.57</i>	<b>12. Continuará</b>
<i>pág.58</i>	<b>13. Anexo</b>

# 1. Prólogo

---

## Palabras de Apertura del Sr. Subsecretario de Atención a las Adicciones Lic. Claudio Mate Rothgerber en los FPC/03

*Les quiero a contar que cuando vinieron a traerme la idea de hacer estos encuentros, a mi me había generado primero una expectativa que estaba mas vinculada a lo social, a la camaradería de volver a juntarnos, de tener la posibilidad de vincularnos con distintas regiones, de que haya gente que hace mucho que no se ve y se vea, de todas esas cosas que pasan en los grupos humanos cuando se producen encuentros como éste, que ya de por sí vale la pena hacerlo. Y así se comenzó con los Foros del año pasado que muchos de ustedes recordaran, y la verdad es que empezaba a aparecer como una plusvalía, como un valor agregado de esa camaradería, especialmente a partir de un momento que yo creo que fue casi inesperado o mágico: esto es que se escribió y se devolvió con toda la calidez, afecto y crueldad que hubo en los primeros Foros, porque también conviene para refrescarnos que las cosas se mueven, que las cosas cambian, que las cosas se transforman. Basta con recordar el momento en que nos juntamos en el Foro 2002. Había mucho debates que en gran medida hoy están ganados por la previsibilidad, ¿seguimos, no seguimos, habrá subsecretaria el año que viene, estaremos? Ganados por la estabilidad, ganados por la mayor formalización de muchos temas que surgieron en los Foros y creo que una cosa que sirvió para acelerar el producto de los Foros fue que en la devolución escrita lo dijimos: bueno, había éste reclamo o había esta inquietud o había esta visión de parte del escrito, eso se reflejo en un documento que después circuló. Entonces hubo un cierto olor a libertad, que me parece que animó a muchos y que empezó a marcar algo cultural en la organización, un cambio en la cultura, un cambio en la idea que podemos estar más o menos enfadados con la organización a la que pertenecemos, pero nuestra organización tiene permeabilidad como para que se diga y como para que se trabaje el tema y para que, hasta donde se pueda, se traten de mejorar las cosas. Entonces a partir de ahí hubo mas confianza como para empezar a charlar otras cosas que por ahí estaban en un segundo plano en el Foro 2002; estaban como secundarizadas por el tema administrativo pero empezaron a surgir cosas que son las que ahora van a tener mas protagonismo y que tienen que ver con quienes somos. Tiene que ver con nuestra historia, con todo lo que sumamos cada uno como historia, los que están desde 1993, 94; los que llegaron en el 2003, cada uno es un pedacito de un*

rompecabezas fenomenal que es toda esta Red. Digo rompecabezas porque hay experiencias segmentadas, porque hay conocimientos que a veces se guardaron para uno y que creo que hay ganas de poder decirlos, y esto apareció el año pasado, hay ganas de poder decirlo, de poder contarlo y creo que la cosa administrativa que dije al principio sirvió como excusa para saber que además puede ser escuchado lo que hay para decir.

San Martín decía: **"seamos libres que lo demás no importa nada"**. Y creo que esa sensación a generado, y eso es lo que se ha visto en los Foros, esta posibilidad de construir una experiencia común, de la Red de atención mas importante que hay en Latinoamérica que somos todos nosotros, pero que no tiene expresión, no tiene expresión colectiva, no tiene un medio de comunicarle a los demás lo que hacemos. Acá estamos la mayor Red no del país, la mayor Red de Latinoamérica con conocimientos de 10 años de trabajar en esto. Con mucho que decir y sobre todas las cosas mucho que escribir.

Este Foro tiene como un sueño que es que terminemos produciendo el año que viene, un cuaderno, una publicación. Cuando yo empecé a formarme en salud pública había una publicación de referencia que se llamaba "Los cuadernos sociales de Rosario" que escribían sanitaristas que luego se hicieron muy famosos y después muchos se fueron a la OPS. Esos cuadernos eran un punto de referencia bibliográfica de la atención primaria en la salud muchos años antes de Alma Ata por ejemplo. Y creo que no hay nadie en mejor condición que todos nosotros para empezar a escribir de como se trata en una Red Pública el problema de la drogadependencia y el alcoholismo. No hay nadie, porque no hay nadie que tenga esa experiencia, no hay nadie que este organizado, no hay nadie que conforme una Red, no hay nadie que este sistemáticamente durante tanto tiempo tratando este problema. Entonces los Foros tienen la intención de catalizar toda esa fuerza, de discutir abiertamente todas estas experiencias de cada uno. De que nosotros podamos llegar a conformar algo parecido a una identidad porque en ese mismo proceso de construir nos construimos como un cuerpo. Hoy pienso, todos estamos trabajando en términos generales muy bien, pero no estamos trabajando en términos generales como si fuéramos lo mismo, es decir, cada centro de atención ha desarrollado su propia modalidad de trabajo, hay particularidades en cada lugar que hacen que así sea; pero mejor que seamos conscientes de que esto lo estamos haciendo porque hay particularidades y no porque estamos aislados y nos hemos arreglado como pudimos que es lo que mas se aproxima a lo que pasó.

Entonces, me parece que la potencialidad que da la sensación o el sentimiento de pertenecer a una organización es algo que no debemos perder, no debemos desestimar. Y pertenecer a una organización significa buscar los elementos comunes, no digo homogéneos ni unificarnos, ni militarizarnos en una practica. Estoy diciendo cuáles son los criterios, las tablas

de Moisés, los diez puntos que nos hacen ser una Red. Cuáles son esos 10 puntos, los diez criterios básicos, serán seis u ocho, no importa, pero cuáles son los puntos que nos identifican como parte de una Red. Cuáles son los puntos comunes que en diez años nos anudaron y hacen que una fila sea igual a la otra ¿en que puntos: en la cintita púrpura, en la historia, bueno de que se trata esa historia?, ¿en que se parecen? cuales son los puntos comunes?, ¿ustedes saben que hay un compañero de ustedes en Carmen de Patagones que abre un Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) todos los días y atiende? ¿Y que hace, qué hace de parecido a mi que trabajo en Azul o en Benito Juárez?

Tiene que haber tres o cuatro cosas para que seamos una Red realmente. El recibo de sueldo ha sido un punto simbólico muy fuerte, que tengamos el mismo recibo de sueldo por ejemplo, ha sido un punto muy importante, pero tiene que haber muchas más, no sólo administrativas.

Tiene que haber puntos de concepto. Por ejemplo, hace poco una discusión que se daba en los medios y que toca de cerca nuestro trabajo era la despenalización, la fundamentación de la despenalización. Es que resulta que para algunos es un acto privadísimo de las personas drogarse, eso dice el argumento del diputado García que es el que lo impulsa, dice "drogarse es un acto privadísimo por lo tanto el Estado no puede intervenir".

Fenómeno, vayámonos todos a casa, dejemos que el adicto, el drogadependiente, privadísimamente resuelva su síntoma. Este no es un tema nuestro, interno de nuestra formación, ¿es un síntoma la adicción? Sí es un síntoma y es un síntoma privadísimo o sea que en algún momento del Edipo alguien comienza a ser drogadependiente, no hace falta Estado, que se arregle solo con un psicoanalista junto al diván y su síntoma. No hace falta política de Estado, no hace falta organización de Estado, porque el Estado bien entendido, por ahí no el que tenemos, **es respuesta colectiva y solidaria de la gente al problema individual de alguien**. Eso somos, esa es nuestra razón de ser y por lo tanto no entendemos la drogadependencia y no podemos entenderla y sostener toda nuestra labor pública o nuestra intervención pública, no es un síntoma individual y privadísimo. Los que trabajamos en el Estado y sobre esta problemática la entendemos como una **sociopatología de responsabilidad colectiva**, la adicción no es algo que le pasa a un pibe; es algo que nos pasa como sociedad por eso nos organizamos a través del Estado para que, solidariamente, podamos dar respuesta. Lo mismo que respondemos cuando ese adicto se infecta con HIV y lo atendemos y lo proveemos de medicación con recursos solidarios de la comunidad. Todo hace a que la adicción no sea un acto ni un hecho privadísimo.

Es un fenómeno de responsabilidad colectiva, y para eso trabajamos, no solamente trabajamos nosotros desde la estructura pública, tam-

bién bregamos para que el resto de la comunidad también se haga cargo.

Por eso dijimos hace dos años no hay prevención ni asistencia, el CPA es un punto, es el punto íntimo o más cerrado de un tratamiento, pero el tratamiento es siempre social. Por lo tanto no hay un momento de prevención ni un momento de la asistencia. **Hay que saber hacer asistencia en la comunidad, y hay que saber hacer prevención adentro de un CPA,** porque entendemos las adicciones como una sociopatía de responsabilidad colectiva.

Y acá estamos una parte de los que nos hacemos cargo, nuestra tarea es hacer cargo cada vez a más gente. Ese es el trabajo de nuestra Red. Y el CPA pasa a ser parte de un punto donde un espacio físico nos brinda la posibilidad de determinado dispositivo que es parte de una cadena, de otros, incluyendo el trabajo de admisión y no hay que confundir el aumento de las prestaciones con la construcción del paciente, eso es un acto de violencia de Estado. Es un acto donde se está violentando a una persona desde el Estado, como son violentas las instituciones educativas, como es violenta la intervención de los organismos de control social, como es violenta la relación de un médico con un paciente, estamos de acuerdo.

Pero nosotros tenemos que buscar formas de eludir esa violencia y de que la comunidad nos construya a nosotros, no nosotros a un paciente, nosotros tenemos que construir nuestra demanda y ahí, si aumenta la demanda, es porque la gente no se siente violentada, se siente que somos parte de esa comunidad, por eso hay que trabajar la asistencia en los barrios para que la admisión se de desde el momento en que nos integramos a un barrio y sea un hecho natural que una persona llegue al CPA, no una situación violenta.

Tenemos que naturalizar la rehabilitación, tenemos que naturalizar la deshabitación de drogas. Es un hecho violento, y en muchos barrios o comunidades chiquitas que están presentes ahora, más violento todavía, más vergonzante ir a un CPA. Entonces hay que trabajar mucho en la comunidad, esas cosas hay que discutirlos en los Foros, ¿cuál es el dispositivo de **admisión comunitaria?**, ni siquiera grupal, ni familiar.

La comunidad nos tiene que construir a nosotros y al Estado, ese es el sentido democrático de un Estado, nosotros tenemos que ser definidos en lo que hacemos en este tema por la sociedad y eso se llama calidad. La calidad de la que vamos a discutir hoy que hemos propuesto como eje de los Foros es eso, es una comunidad que define que servicio quiere que le demos. Eso es calidad, no tiene otra definición.

**El usuario define la calidad,** un beneficiario define la calidad. Define cuál es el modelo de atención que necesita. Y acá estoy hablando de

otra palabra muy importante, estoy hablando de necesidad, que a veces no es demanda. Y este tema en el 90% de las veces no es demanda, la **necesidad** en drogadependencia solamente en un 10% es demanda. Entonces todo esto es trabajo paredes afuera del CPA, todo esto es una rediscusión y una redefinición. Nosotros no estamos presentando un manual de las diez innovaciones, son cosas que se hacen o que la mayoría ha hecho, pero démosle cuerpo, démosle sistematicidad y démosnos a partir de estos Foros, **identidad.** Como para contarles a los despenalizadores, a los que se dicen vanguardia porque regulan. Porque después cuando vas al fondo, esta cuestión está disfrazada de progresismo, disfrazada de revolucionaria que termina siendo el pensamiento más individualista y nefasto que puede haber en drogadependencia y que es que este es un problema del usuario de drogas. Parece un mensaje progresista, parece un mensaje revolucionario y termina siendo la cara más salvaje del ser humano que es "sálvese quien pueda".

Bueno, muchas gracias y pongámonos a trabajar.



Señor Subsecretario Lic. Claudio Mate - Pueblo de La Paz - Lomas de Zamora

## 2. Introducción

### Producir en plural

Lic. Fabio Lacolla

Los Foros de Producción Colectiva comienzan en el año 2002 ante la necesidad de generar un espacio de discusión del quehacer institucional, donde el protagonista es el propio recurso que aporta la experiencia de trabajo en la Red. Estos primeros Foros tuvieron como eje los "Modos de Actualización" que la práctica ofrecía. Se hicieron en cuatro ciudades: Lomas de Zamora, Chivilcoy, Mar del Plata y Bahía Blanca, de esa experiencia devino el primer cuadernillo de los FPC/02 de circulación intransitacional. A partir de lo trabajado en ese primer foro se diseñó el segundo tomando como guía los emergentes del primero.

Este año participaron mas de 300 personas. Se desarrollaron en un clima de trabajo, reflexión y entusiasmo por parte de todos. El tema convocante fue **LA CALIDAD PRESTACIONAL**.

Nº	SEDE	Mes	Días	Regiones	
1	Lomas de Zamora	NOV	Jueves	20	5, 6, 7A, 7B, 11 y SEDE
			Viernes	20	
		Lugar	Centro Público Modelo "Pueblo de la Paz" Juan XXIII 1161 - Lomas de Zamora		
2	Junín	NOV	Jueves	27	2, 3, 4 y 10
			Viernes	28	
		Lugar	Círculo Médico de Junín Rivadavia 379 - Junín		
3	Mar del Plata	DIC	Jueves	4	1, 8 y 9
			Viernes	5	
		Lugar	Hotel 13 de Julio - Luz y Fuerza 9 de Julio 2777 - Mar del Plata		

La idea de **Foro** nos convida a pensar un espacio de intercambio, de discusión. Un Foro necesita que los participantes sean protagonistas activos en su realización, un Foro es discusión, a veces intercambio, a veces pelea, a veces desacuerdo y a veces, también, es coincidencia. Un espacio de caos en el cual se participa y se transita; se trabaja en dinámicas grupales que ya de por sí son caóticas pero que invitan a la producción.

Cuando hablamos de **Producción**, estamos diciendo que producción no es reproducción. Es decir que además de contar la experiencia como modo de reproducción, es también una oportunidad de pensar en cómo transformar esa experiencia a través de la conceptualización. Por eso es que estos Foros operan como balance de lo que fue todo este año de trabajo, sumados a los años que la Subsecretaría tiene de funcionamiento. Es decir, producir a partir de lo que uno hace o le gustaría hacer.

Y por último lo **Colectivo** es una idea de trabajar entre todos. Lo colectivo tiene que ver con la idea del encuentro y del intercambio. Es decir que además de venir a pensar, a producir, a compartir, también es a conocerse y a saber qué están haciendo del otro lado, que en definitiva es el mismo lado.

Estos Foros invitan a producir colectivamente. Los colectivos son los dispositivos que encuentra una institución para obtener su identidad y a la vez es lo que nos hace pertenecer a esa institución. Los Foros son *fotografías coloquiales*, instantáneas que van plasmando los participantes remitiendo al acontecer regional, laboral o personal, a las elaboraciones que orientan sus prácticas organizativas y a los obstáculos que se interponen cotidianamente. Los Foros de Producción Colectiva son un espectro de vivencias contrapuestas y de críticas pertinentes; y aun cuando aparezca algún obstáculo indisoluble, el mismo evento hace que se haga un uso *"positivo de la negatividad"*.

Operativizemos nuestro tránsito institucional con la siguiente pregunta: *¿cómo transformar a la institución de un lugar de sentimentalismo en una maquinaria de afectos y de afectaciones?*<sup>1</sup> ¿Qué quiere decir sentimentalismo? Tal vez se refiera a lo que muchas instituciones tienen de primario, de cosa fraternal; en general en las instituciones hay una reciprocidad fraterna, los equipos de trabajo tienden a cierta horizontalidad.

Sentimentalismo quiere decir cómo lo afectivo a veces prima en la institución y no la tarea concreta de esa institución. Sentimentalismo quiere decir que el afecto es mas importante que los vínculos, diferenciando lo que es afectivo y lo que es vincular. Lo vincular incluye a lo afectivo pero incluye también otras cosas, lo afectivo tiene mas que ver lo emocional y tiene que ver mas con lo primario, relaciones de odio-amor, me quiere-no me quiere,

le gusto-no le gusto, me acepta-no me acepta, me reconoce-no me reconoce. La pregunta es justamente cómo pasar de ese sentimentalismo que en muchas instituciones circula, y cómo transformar esa cosa sentimental, tal vez dicho peyorativamente aquí, en una maquinaria de afectos y afectaciones.

Maquinaria en el sentido de máquina de guerra<sup>2</sup>, hay diferencia entre máquina de guerra y muralla. La máquina avanza, avanza para transformar, para internarse, para meterse por las grietas, máquina de guerra como metáfora. Cuando se habla de lo maquinico, se habla de esas condiciones que uno arma para intervenir en este famoso binomio entre lo *instituído* y lo *instituyente*. En cambio la muralla es algo que contiene, pero es algo estático, duro, de imposible penetración y que tiene que ver con lo instituido, con lo que ya está, con lo que es así y conque esos límites son infranqueables.

En cambio la máquina, lo maquinico, la maquinaria son esas cosas que intentan lo instituyente, que intentan destruir, modificar o transformar lo instituido, entonces dicen transformar este sentimentalismo en una maquinaria de afectos y acá incorpora la cuestión afectiva y emocional, pero no desde el sentimentalismo sino desde el afecto filial y la afectación.

Hay una diferencia entre la *afectación* y *los afectos*, la afectación es el grado de implicancia que yo tengo en una institución, cómo me atraviesa la institución y las cosas que a mi me pasan estando en esa institución, cuando digo a mi, también puedo decir a mi grupo, a mi equipo de trabajo.

Cómo pasar de lo primario y familiar a algo que tenga que ver con la afectación y los afectos como posibilidad de intervención para transformar una realidad institucional y comunitaria. Para eso habría que marcar una *diferencia entre el análisis de una institución y su intervención* pensando *cómo transformar ese análisis en una intervención*. Porque el análisis puede ser pasivo, porque el análisis analiza, diagnostica una situación. Pero cómo hacer para que ese análisis devenga en una intervención en un lugar concreto: observar para analizar y analizar para intervenir. La intervención se ubica en un lugar de mas desafío, porque hay que inventar todo el tiempo formas diferentes de abordaje. Por eso creemos que estos Foros son una forma de intervención.

Todo intento de cambio realizado en el campo institucional lo llamamos cambios microsociales, porque son pequeños cambios que se hacen en el afuera; todo intento de cambio que se quiere hacer se hace dentro del marco de una institución. Pero que esto sea en el marco de una institución quiere decir que hay una implicancia institucional, nosotros desde lo social intentamos un cambio en nuestra propia práctica, en nuestro pro-

pio campo, pero para hacer ese cambio, esa transformación, esa modificación tenemos que pensar cómo estamos insertos en esa institución, donde estamos operando, porque desde el momento en que se está en la institución, ya se es el "Estado" y sobre todo cuando hay intervenciones operando una realidad socio-institucional, se piensa cómo influye esa realidad en mi y cómo yo influyo en esa realidad; y son las redes el soporte de esos cambios.

Fernando Sabater trabaja una frase que dice que: *"Hay un complejo institucional civilizatorio que intenta asegurar la inmortalidad simbólica de sus miembros"*. Es decir, hay una tendencia a civilizar lo crudo de una institución y hacer que sus miembros se immortalicen en esa institución en su paso por la misma. Todas las personas que pasamos por las instituciones de alguna manera quedamos adheridos. San Martín, entre otras cosas, se immortaliza a partir de un fuerte complejo institucional que civilizó su figura, el San Martín que conocimos primero es el del busto ahí arriba mirándonos mientras transcurría la primaria deformando su figura. Puro imaginario. La institución se encargó de hacer un "icono" de eso y lo immortalizó. A partir de Sabater me parece interesante saber cuál es el complejo que tiende a civilizar ya que sospecho una línea directa al problema de la ilusión. ¿Cuál es la ilusión de nuestra institución? ¿Con qué nos ilusionamos? ¿Con qué se ilusiona esta Subsecretaría? ¿Cuál es la ilusión del C.P.A.? ¿Cuál es la ilusión de la inmortalidad, de la trascendencia, del sanitarismo, de la asistencia, de la cura y de la locura? Un Centro Provincial de Atención por el hecho de ser Centro no debería centralizarse ya que si los Centros devienen móviles, sus márgenes son fluidas.

Una ilusión muy frecuente es que cuando hay un conflicto, éste podría resolverse por fuera de la institución, entonces aparece **el afuera y el adentro de las instituciones**. Es la ilusión que el conflicto puede resolverse, comprenderse, y además resolverse por fuera de la institución. Por fuera de la institución es juntándose en otro lado. Por fuera de la institución es transgrediendo lo instituido, que ya no es lo instituyente, porque la trasgresión de lo instituido es otra cosa. (Loreau dice que no es lo mismo *encargo que demanda*.) Es la ilusión de que si nos juntamos afuera podemos resolver los problemas del adentro. Cuando en realidad los problemas del adentro se resuelven adentro, sobre todo en la cuestión del trabajo en equipo ya que sino se contaminan los problemas del afuera en el adentro y lo del adentro en el afuera. No hay un adentro y un afuera, hay un **entre** que nos ubica en un lado y en otro en cuestiones de segundos. Para transitar por ese *entre* deberíamos contar con lo que llamamos **estrategias parciales** que son pequeñas estrategias de intervención que van operando la realidad fragmentariamente. Evita la solución mesiánica que termina impotenciando.

A la estrategia general hay que nutrirla de la estrategia parcial, ¿con

qué? con lo mínimo. Parece un absurdo, pero lo mínimo es lo que nos va a llevar a lo máximo.

Otra pregunta: ¿qué necesitamos para entender a nuestra institución? La historia de la institución, el origen, cómo fue esta institución desarrollándose en el tiempo, qué cosas cambiaron desde su fundación, qué cosas se mantienen igual. Cosas edilicias, estructurales, si ampliamos el campo de acción, cómo está la institución en la actualidad en relación al origen de la misma; ¿cuantos años tiene?, ¿qué lugar tiene en el campo oficial? Cómo se relaciona nuestra institución con lo no gubernamental, con los municipios, los barrios. Qué relación tenemos con los Intendentes. Nuestra institución se van transformando conforme se va transformando el mapa político. Cómo fue variando el concepto de Adicción y el trabajo en este campo a lo largo de la historia institucional de la Subsecretaría.

Y el poder es un protagonista silencioso. El poder atraviesa todas las relaciones humanas<sup>3</sup>. De uno u otro modo está presente en ellas, bajo múltiples formas, a veces más sutiles, otras más explícita. Tanto el abuso como la ausencia del mismo, su exceso y su defecto, son causa de procesos psicológicos con consecuencias en el campo psicosocial. No toda forma de ejercicio del poder es opresora ya que es coextensiva al cuerpo social e institucional.

Una paradoja del poder se instala entre el abuso y la carencia, existe una omnipresencia del poder que porta en su cara muchos rostros.

El poder es un problema no sólo cuando se lo ejerce abusivamente, en un marco dominante y opresor, sino también cuando se ignora que se lo posee. Hay una concepción asimétrica del poder, que naturaliza las carencias de determinado tipo (por ejemplo, económico, educativo), generalizándolas a todos los ámbitos de la vida institucional y la situación de privación, de tal modo que tanto fuera como dentro pasa a ser la perspectiva dominante, lo cual contribuye a reproducir y mantener esa situación, esto supone que el poder sea algo que poseen algunas personas y del cual otras carecen. Su naturalización afecta incluso al propio autoconcepto, pues lleva a las personas a definirse con prescindencia de rasgos o capacidades y que se podrían desarrollar para beneficio propio y de quienes las rodean.

Dentro de todas las definiciones que encontramos sobre el poder, desde Max Weber<sup>4</sup> en 1925 hasta nuestros días, la que plantea Fisher es la que mas acerca la idea de poder a la idea de comunidad, pensando al poder como *potencial*. Fisher dice que *"el poder consiste en la capacidad de un individuo de orientar la acción de los otros"*. Una definición que arma vínculo.

La formación es un analizador institucional y parte de la pregunta por la existencia institucional. ¿Para qué estoy aquí?, ¿cuál es el reconocimiento que me sostiene?, ¿mi permanencia en la institución es acaso un modo de resistencia?, ¿cuál es mi interés personal por el cual yo participo de esa experiencia institucional?

El trípode de apoyo se basa en tres preguntas:

- 1- ¿cómo trabajamos en equipo?
- 2- ¿cómo nos relacionamos con la institución?
- 3- ¿cómo esa institución se relaciona con otras? (municipios, ONG's, escuelas, etc.)

Lo cito a Loureau con una frase que dice: *"todo grupo remite a la institución si analiza aquello que lo instituye y cómo esto se inserta en la práctica social"* es decir ¿cómo se inserta mi grupo de pertenencia en la institución? y ¿cuál es la postura de mi grupo en esa institución?, si es pasivo o activo, si es activo, ¿cuales son las condiciones instituyentes que hace que ese grupo pueda permanecer en la institución? y esa pregunta es lo que nos va dar la posición que vamos a tener en la intervención de las prácticas sociales, porque en este caso toda intervención institucional que nosotros hacemos es una práctica social.

Otra de las ilusiones: *"todo grupo es aquel conjunto de personas que no se agrede"*, en ocasiones se dice: "nosotros queremos supervisión porque nos peleamos mucho". Lo cual querría decir que si no se pelearan no necesitarían a la supervisión o no advertirían un conflicto, muchas veces los grupos instalan el conflicto a partir de las agresiones, como un fuerte indicador, lo cual no quiere decir que si un grupo se agrede esté funcionando mal y si no se agrede esté funcionando bien. Hay un punto donde el parámetro de la agresión no es un buen parámetro para pensar a los grupos, pero es cierto que muchas prácticas sanitarias, de grupos institucionales piensan que no agredirse es una forma de convivencia que elimina todo tipo de diferencia, o de problema, o de conflicto dentro de la institución.

Otra de las cosas que me parece interesante nombrar es que con el tiempo nos damos cuenta que trabajar en una institución implica también conocer cuál es la inserción del acontecer grupal en la misma y viceversa. Muchas veces hablamos del concepto de transversalidad, pero la relación institución-grupo es fundamental para sobrevivir en una institución, porque a veces pasan cosas en los grupos que no son de los grupos, son de la institución, porque algo está pasando en la institución. Pasan cosas en la institución disparadas por los conflictos que se arman en los grupos y dónde se ve mejor?... en las cosas naturales, *naturalizadas*<sup>5</sup>. Son las que mas elementos nos dan para ver, mas que las cosas raras, porque las cosas raras las ve todo el mundo. Si se rompe un vidrio todo el mundo lo ve. Lo obvio,

eso que no se ve es lo que mas datos nos da. Y en ocasiones a lo que no se ve podemos llamarlo utopías. Las utopías son *actualizaciones de deseos, como sostén de las prácticas alternativas, ya que las prácticas instituyentes son conjuntos de deseos no anudados al poder y esa actualización de esos deseos es lo que nosotros podríamos llamar las utopías*<sup>6</sup>. Las utopías no son esas cosas lejanas, inalcanzables, sino que son cosas instituyentes que se pueden llegar a lograr, a tener. El tema de las utopías son fundamentales para pensar las instituciones, si nosotros no pensáramos alguna prácticas grupales utópicamente, estamos como agrisados, grises transeúntes de la institución. Por eso estos Foros fueron en principio una utopía que gracias al esfuerzo de todos ven hoy plasmada la producción.

En el trabajo de los Foros aparece a menudo una metáfora relatada por el escritor uruguayo Eduardo Galeano que nos ayuda a pensar cuándo una institución es crítica en sus funciones. Cuenta Galeano que en un cuartel durante años un oficial estaba parado al lado de un banquito de madera chiquito, años y años, siempre había un oficial montando guardia al lado del banquito, en un cambio de autoridades, un comandante, un general, decide investigar, porque había un oficial montando guardia al lado de un banquito y que todo el mundo se organizaba de modo que ese banco no quedara sin custodia. Empieza a investigar, archivos, documentos viejos, libros de actas, partes del día. Nadie se cuestionaba porqué estaba el tipo parado al lado del banquito, nadie se preguntaba porqué... porque así era, así tenía que ser.

Hasta que después de mucho investigar descubre que era un banco que alguna vez estuvo recién pintado, un general mandó a un soldado: - párese al lado del banquito para que no se siente nadie, porque está la pintura fresca. Así fueron pasando y años y años la gente parada al lado del banquito sin saber porqué. Lo natural se termina naturalizando.

## 3.

## Los Pre-Foros

Los PreForos surgieron como una idea de multiplicación horizontal para ir pensando la Calidad Prestacional antes de los FPC/03, pensando que un Foro de Producción Colectiva debe ser diseñado colectivamente, creados por la misma Red. La actividad se dividió en dos partes: la primera tenía como objetivo evaluar lo trabajado en los FPC/02 y a partir de ese balance empezar a diseñar lo que finalmente serían los FPC/03. He aquí su síntesis.

### Síntesis de los Preforos

*Centro Modelo Pueblo de la Paz  
-Lomas de Zamora-  
Martes 14 de octubre del 2003*

El martes 14 de octubre del corriente año la Dirección de Coordinación de Regiones convocó a un grupo de actores de diferentes municipios para la realización del PreForo de Producción Colectiva 2003 con el objetivo de discutir algunas ideas sobre el diseño de los próximos Foros. Los ejes temáticos se basaron en:

**a)** una evaluación de los Foros de Producción Colectiva 2002 (**FPC/02**) y **b)** aportes a la idea de Calidad Prestacional para trabajar en los Foros de Producción Colectiva 2003 (**FPC/03**).

Participaron del evento los siguientes recursos:

Guadalupe BRAVO, Silvia PISANO y Raquel VALDERREY (**R 5**)  
Horacio MARZO, Daniel BACELAR, Patricia SEGOVIA y Claudia BOFFA (**R 6**)  
Inés CODESIDO y David WARJACH (**R 7A**)  
Marta EIJO, Susana COHELLO y Mariana PUCCIARELLI (**R 7B**)  
Irene SAEZ (**R 8**)  
Claudio SCARAFIA (**R 10**)  
Marcelo WERETILNECK (**R 11**)  
María del Carmen MIGUEZ, Aldo DOMANICO, Fabio LACOLLA, Perla FIGUEROA, Diego ALGIERI, Alina QUILICI y Viviana CALEGIH (**SEDE**).

## 1. Resonancias de los Foros de Producción Colectiva (FPC/02)

---

Hubo consenso en que la publicación de los **FPC/02** reflejaron lo trabajado en los mismos. Al leerlos, muchos de los que ahí participaron, reconocieron situaciones y cosas que se vivieron. Esto favoreció la recepción, se evaluó que era la historia de ese momento y que la producción hoy sería totalmente diferente.

Los **FPC/02** permitieron armar una secuencia de contenidos que, con su publicación, posibilitaron derribar ciertos mitos que circulaban en la institución. Dicen que los Foros dan mucha identidad.

Ante la pregunta si no les pareció un documento muy endogámico; muchos dijeron que, pensarse primero para adentro para luego pensar para afuera, es una necesidad institucional. Coinciden que hubo producción, que se generó un espacio de confiabilidad y que se pudo decir y se pudo pensar.

A partir de la lectura de los **FPC/02** algunos se preguntan si lo que falta no es la unificación de los criterios.

Dicen que dichos Foros tienen dos partes: por un lado, un mensaje a las autoridades (positivo y negativo) y por el otro, surgen muchas ideas que en una primera instancia son muy enriquecedoras pero que requieren mas especificidad.

Hablar de lo que nos pasa es diferente a operativizar ideas para conseguir resultados.

## 2. La Calidad Prestacional

---

Para pensar la calidad prestacional nos apoyamos en cuatro ejes:

**Comunitario, Internación, Ambulatorio y de Gestión.**

### ¿QUÉ ES CALIDAD?

Un grupo la define como: ofrecer un servicio que satisfaga al usuario.  
Se habla de Calidad interna y Calidad externa.

### CALIDAD EXTERNA:

- ¿Qué se necesita? ¿A quién le prestamos el servicio? ¿A quién no llegamos?
- ¿Cómo fortalecer las estrategias preventivas, sobre todo las primarias?
- ¿Conocemos el entorno del usuario?
- ¿A qué lugares no se llega?
- ¿Cómo incluirse como institución en la comunidad?

### CALIDAD INTERNA:

- La calidad interna, ¿Será interdisciplinaria y articulación entre los rr.hh. (de apoyo, técnicos y profesionales)?
- ¿Podemos hablar de una Transversalidad en el accionar sobre las problemáticas de las adicciones?
- ¿Cuáles son los riesgos de la pasividad frente a la prestación?
- ¿Qué operatoria tenemos ante lo urgente y ante lo importante?
- ¿Cómo lograr mayor integración en la Red?
- Si repensamos la admisión, disminuimos el abandono?
- ¿Cómo operativizamos los casos de pacientes judiciales?
- ¿Cómo se trabaja sobre el índice de reingreso?
- ¿La intervención ( en lo comunitario, en la gestión y en la asistencia ) es operativa?
- ¿Cuándo un tratamiento es eficaz?
- ¿El desarrollo del espacio de Reinserción Social debería pensarse como eje de la cobertura?

### MÁS SOBRE LA CALIDAD:

- ¿Cuál es la especificidad dentro y fuera de los C.P.A.?
- ¿Existe un Marco Referencial común?
- ¿La cantidad es consecuencia de la calidad?
- ¿Cómo generamos la demanda?
- ¿Deberíamos replantear el concepto de usuario (como paciente, familia, comunidad)?
- ¿Cómo pensamos los índices de efectividad?
- ¿Cómo medimos la calidad?
- ¿Conocemos los límites entre lo específico y lo inespecífico?
- ¿Cómo opera la calidad en lo cotidiano?
- ¿La oferta genera demanda o la demanda crea la oferta?
- ¿El perfil del usuario define la calidad?

## 4.

# Dispositivo de trabajo

El dispositivo de trabajo para este año contempló dos jornadas de trabajo en tres lugares estratégicos de la Provincia de Buenos Aires: Lomas de Zamora, Junín y Mar del Plata (Ver Anexo).

Los temas tratados fueron los siguientes:

**Lectura de lo trabajado en los Pre-Foros:** A partir de las preguntas disparadoras de los Pre-Foros, divididos en sub-grupos por Región discutieron el material y eligieron tres preguntas para reflexionar sobre ellas. Luego de esa discusión se elaboraba una propuesta para la Región contenido en el Capítulo 3.

**Diálogos entre la Calidad y la Prestación:** Se presentaban dos grupos de sillas enfrentadas que por su disposición formaban dos pirámides enfrentadas. Los dos compañeros ubicados en los extremos de la pirámide iban a ser los portavoces de las ideas que aportaban "sus otras voces" amparado en el concepto de polifonía como portadora de una voz vacilante. Estas dos personas encarnaban, una a la Prestación y otra a la Calidad y espontáneamente debían generar un diálogo que diera cuenta de una interlocución entre ambos términos. (Capítulo 5).

**Aportes a la idea de la "Encuesta de Satisfacción del Usuario":** Uno de los emergentes de los FPC/02 fue el pedido de elaborar una encuesta. Para ello agrupados en subgrupos por afinidad cada cual desde su realidad cotidiana hacía sus aportes trabajado en el Capítulo 8.

**Visiones y Misiones:** Para esta Subsecretaría es importante tener una visibilidad óptima en el quehacer cotidiano y para eso es crucial hacer una buena planificación por eso las Visiones y Misiones deben ser una compañía en nuestro trabajo. Esto se encuentra enmarcado en el Capítulo 9 llamado "Líneas de acción".

**Producción dramática sobre "El Imaginario social de los jóvenes y el alcohol":** Dramatizaciones en torno al Imaginario social e institucional sobre la Intervención Comunitaria y las Escenas Temidas de la práctica concreta desarrollado en el Capítulo 6.

**"Conferencia de prensa" de los grupos por antigüedad en la Red:** También llamadas Redes Generacionales. Divididos en cuatro grupos por antigüedad en la institución iban pasando al escenario y con el resto de los compañeros jugaban a la "Conferencia de Prensa".

## 5.

# La Calidad Prestacional

Cartografía de la Calidad Prestacional.



La Calidad Prestacional fue el tema convocante de los FPC/03, en las distintas jornadas los participantes trabajaron las preguntas elaboradas en los pre-foros que fueron disparadoras para la producción grupal. Los conceptos ejes: "Usuario", "Calidad Externa" y "Calidad Interna" atravesaron la discusión en cada uno de los grupos que lejos de encasillar funcionaron como un organizador.

### Usuario:

Entienden como usuario tanto a los pacientes, a la familia, como a las instituciones de la comunidad; y dicen que no siempre lo que satisface a los equipos satisface a los usuarios hasta que se llega a un punto donde se logran cumplir objetivos. Piensan que mejorando la contención se amplía la calidad y se preguntan: ¿Qué se necesita?, ¿A quién y adónde no llegamos?, ¿A quién prestamos el servicio?, ¿Cómo instalar la prevención primaria? ¿Qué está buscando el usuario que se acerca al CPA?

Hablaron de responsabilidad integral interrogándose sobre el USUARIO que se acerca. Se tuvo en cuenta a la población desocupada y subocupada y se pensó como modo de acercamiento perseverar en la difusión.

Se preguntaron cuándo se considera una deserción como tal y cómo se trabaja del CPA para adentro. El valor de lo clínico, comunitario y preventivo es, para ellos, de vital importancia para mejorar la Calidad Prestacional.

Consideran que la reinserción debe estar incluida en la cobertura desde el comienzo. Y se preguntan: ¿Cuál es la oferta que tenemos que hacer?

A partir de los últimos años con el crecimiento de las necesidades básicas insatisfechas, la atención de las adicciones quedó postergada por otras prioridades como conseguir alimentos o trabajo, es por ello que necesitan trabajar en Red con otros programas comunitarios que les permitan instalarse entre las necesidades haciendo un diagnóstico comunitario que les facilite la inclusión en organizaciones representativas de las distintas poblaciones reforzando la red institucional.

Se llega a través, por ejemplo, de la participación en encuentros institucionales en los cuales pueden difundir sus prestaciones. Los pocos años de inserción de la comunidad en la Subsecretaría deben ser tenidos en cuenta a la hora de evaluar porqué aun no llegamos a ciertos sectores.

Las propagandas televisas o campañas masivas han aportado gran cantidad de usuarios.

La atención de la salud compete en muchos casos con el ejercicio laboral de los usuarios, ya que muchas veces consiguen trabajo y no pueden asistir por los horarios.

En cuanto a la motivación piensan que debería ser tarea e interés de todo el equipo el proyectarse hacia afuera de los CPA generando proyectos de salida entre todos los miembros del CPA. Revalorizar la importancia de los distintos recursos con que se cuentan.

Cuando se mejora la calidad de vida del paciente el tratamiento es eficaz.

La reinserción social debe estar incluido en la cobertura que brinda el servicio.

Desde lo comunitario proponen rediseñar el abajo para redefinir la tarea ya que lo que pasa afuera repercute adentro, dado que el afuera cambia y obliga a cambiar. Esto se logra articulando procesos locales para entrar en contacto con la población que está ligada con algún programa.

Creen que hay un margen al cual no llegamos, y se preguntan, si llegamos, qué hacemos?

¿El usuario es la totalidad de la población de un municipio?, es necesario conocer la realidad del entorno para satisfacerla, saber que no se llega a todos y no creer que se limita a satisfacer al que llega al servicio solamente.

Proponen que se intente no quedar tan abocados a la prevención secundaria y **ampliar las estrategias para reforzar las intervenciones relacionadas con la prevención primaria** apuntando a la prevención integral y las distintas organizaciones de la comunidad que sostienen distintos modelos de inserción que favorecen la mejor calidad de vida y el concepto de salud.

Rever los objetivos de la capacitación como herramienta que se brinda a la comunidad, ya que puede aparecer que no da resultados y uno de los problemas quizá sea que se equivoca el diagnóstico, por desconocimiento del entorno.

Se discute sobre la diferencia al pensar si quien llega es consultante, paciente o usuario, ya que la necesidad de satisfacer es diferente.

También se reflexiona sobre la plasticidad de los recursos humanos para planificar tanto acciones en la comunidad como intervenciones en lo propiamente asistencial.

El paciente se construye en un proceso que lo lleva a asumir su situación. Por estos motivos el índice de deserción no puede ser medido en relación al número de consultantes, o al menos este punto debe ser objeto de una discusión.

Un grupo dice que existe una falta de adecuación de los procedimientos con los usuarios y que se necesita mayor contacto con los regionales ya que esto favorecería la identidad. ¿Cómo? Conociendo las misiones y funciones en cada área; su disposición y su complementariedad.

Para esto hace falta que circule con mayor intensidad el *Marco Referencial Común*. Suele hacerse referencia a la *satisfacción del usuario* pero no a la *satisfacción del prestador*.

La utilización del modelo de calidad, impregnado de resonancias de "mercado", no alcanza para pensar al *cliente*. Incluso como "cliente externo"- el usuario -, y "cliente interno" - el prestador -.

Esta "imposibilidad" deja entrever otro aspecto: aún es difícil pensar en el campo asistencial, a un consultante provisto de *derechos* y en condiciones de ser consultado acerca de su *conformidad* con la alternativa tera-

péutica que se *oferta*. Es decir, la situación de ser portador de una patología, conforme al *modelo médico*, condiciona al asistido a consentir sin mayor miramiento la modalidad que se le indica. En este sentido se mencionó la carga ideológica que supone denominar "admisión" al proceso de ingreso a un tratamiento y no "recepción" o incluso "bienvenida".

### Calidad Externa:

*La Calidad Externa* se genera a partir de la comunicación con otras áreas y una mejor articulación entre prevención y asistencia.

La articulación entre lo horizontal y lo vertical realza la calidad y la cantidad. El desafío estaría en cómo medir esa calidad. Observan que sólo con algunos municipios se logra trabajar conjuntamente. Falta crear comunicación directa con los recursos de otras instituciones sociales en los que está también involucrado el paciente. Hay que lograr trabajar en forma conjunta interdisciplinariamente.

Advierten que están apareciendo cada vez mas menores, y que el inicio de consumo se da entre los 8 y 9 años por lo tanto sería prioritario fortalecer las estrategias preventivas. ¿Qué respuestas dar a cada población?

¿Cómo ampliamos la APS?

En cuanto al abandono del tratamiento, dicen que puede pensarse que aunque haya estado muy poco es una manera de sembrar.

El concepto de **calidad** se origina en la **producción**, entendida como **optimización** de todos los recursos a **un menor costo y un mayor aprovechamiento de los recursos**.

La Calidad se entiende como el resultado de reinserción del CPA en la comunidad, el conocimiento del entorno comunitario, la receptividad de la demanda, la capacidad de re-evaluar la tarea y las dificultades, lo que habla de lo imposible de la división de trabajo preventivo-asistencial y la necesidad de los foros, ateneos, encuentros inter e intra centro o regionales.

La calidad se modifica dándole más continuidad a debates que ya se han hecho en la región, o en los foros, pensando que luego del debate es necesario plasmarlos en proyectos, marcando que estamos en un tiempo de dar respuestas. Para eso sería interesante profundizar en las líneas de investigación, ofrecer una perspectiva de reducción del sufrimiento. Cuando se habla de calidad, no sólo se satisface al usuario, porque la satisfacción debe ser vertical y horizontal "*voy a poder dar un buen servicio en tanto y en cuanto exista un sostenimiento vertical.*"

Se preguntan: ¿Cómo se mide la calidad? ¿Por la abstinencia o por el cambio de posicionamiento?

Advierten que la patología debe pensarse en un contexto *transversal*, que incluya lo social, lo político, lo económico y lo cultural. La división entre prevención específica e inespecífica es teórica. En la práctica se relacionan ya que hace a la atención de la problemática y lo que, en una circunstancia es inespecífico, en otras es específico.

Antes de preguntarse cómo lograr que los pacientes lleguen antes, plantean el ideal de **¿Cómo lograr que no lleguen?**

La oferta genera demandas si se cuenta con tiempo, recursos y estrategias sostenidas. No puede generar un dispositivo que luego no se sostiene y se constituye en una acción aislada. Es necesario trabajar con el voluntariado, para que la comunidad se empiece a hacer cargo, y realizar un trabajo en red.

Hay que profundizar en el tema de las internaciones breves y mejorar la articulación de espacios de construcción teóricas, es decir, producción escrita. El trabajo clínico esta escondido, no se expone.

Consideran de importancia replantear el lugar de la Subsecretaria con respecto a la derivaciones judiciales, junto con la articulación con los Hospitales. Para ellos la Calidad no solo interroga el nivel externo sino también el nivel interno.

Se preguntan qué perfil llega y qué oferta es la que realmente se pone en juego. Se propone que se trabaje en función de la integración real a la atención primaria de la salud mental, como por ejemplo, supervisiones y espacios de intercambio y ateneos clínicos de trabajo en relación a espacios asistenciales.

Piensen, como muchos, que es nodal el tema de la reinserción social.

*La Calidad Externa* estaría asociada a la Prevención Comunitaria, a la especificidad de las adicciones y a la capacitación de los profesionales.

Habría que resolver la dificultad de accesibilidad a localidades pequeñas y sostener una sistematización de Actividades Preventivas.

El concepto de Calidad es entendido como satisfacción al usuario a través de una buena articulación de los recursos humanos existentes haciendo una utilización y distribución de los recursos disponibles evitando superposición de tareas y roles.

La cantidad no es consecuencia de la calidad ya que esta se mide a través del reconocimiento de la comunidad y de la valoración de las prestaciones realizadas.

Están de acuerdo en que primero se debe instalar la oferta como una alternativa saludable que incluya un espacio diferente (espacio de escucha, de contención, generar proyectos de vida y otorgar un marco de identificación diferente.) Se preguntan cómo llegar a los jóvenes de clase alta que toman el tema del consumo como un hecho oculto o privativo, que son de círculos cerrados y a otros jóvenes que no tienen pertenencia institucional, desertores de escuelas o que no pertenecen ni a grupos de iglesias ni a grupos de sociedades de fomento.

Dicen que cuando se habla de un servicio que satisfaga al usuario se piensa solo en el adicto y no en todas las instituciones que trabajan en la red. Como por ejemplo los docentes.

Para ellos la calidad se obtiene unificando criterios de admisión, diagnóstico, tratamiento e intervenciones, permitiéndose generar propuestas para originar demandas, como por ejemplo la intervención en hospitales con los médicos de guardia para concientizarlos a que deriven. Pensar en la "calidad" del servicio que brindan supone entre otras cosas incorporar el debate de la "ética" como soporte del quehacer cotidiano, y se preguntan: ¿Cuáles éticas intervienen?, ¿Podemos pensar en una ética colectiva?, ¿Es la ética independiente del marco teórico que utilizamos?, ¿Hay una ética institucional?, ¿Es la ética de la necesidad y no de la demanda?, ¿Trabajar con pacientes en riesgo de vida supone revisar nuestra ética?, ¿Se nos presenta en nuestra práctica cotidiana situaciones que nos hacen preguntarnos sobre la ética?, ¿Las debatimos en equipo?, ¿Pensamos solos?, ¿No compartir con el equipo la misma ética en las intervenciones que hacemos es causa de conflicto?

Piensan que la demanda se genera cuando se logra llegar a la comunidad y advierten dos tipos de demandas: **una informativa y otra de tratamiento.**

En cuanto a si "cantidad es consecuencia de calidad" el no fue rotundo en todos porque piensan que la calidad puede verse a través del acercamiento voluntario al CPA y la continuidad en el tratamiento. Se apoyan en la idea de que el adentro replica en el afuera, es decir que cuando hay un equipo de trabajo consolidado, con ganas de trabajar, con proyectos, eso se transmite a la comunidad.

Algunos consideran importante trabajar el tema de la llamada **microgestión** en el sentido de pensar la calidad fuera del ámbito de la unidad

prestacional, es decir cómo se gestiona un marco de conversación social donde el discurso hacia fuera tenga que ver con la conciencia de enfermedad, con informarse acerca de las sustancias. Aunque lo clínico sea un tema recurrente y no por eso menor. Lo clínico también hace a la resultante de la visibilidad, hay millones de ejemplos donde se puede dar cuenta de que un mal dispositivo hace a la visión de un CPA en una comunidad.

Y se preguntan si todo es una totalidad. Consideran importante ver como se paran ante lo comunitario, lo asistencial, lo micro y lo macro. Aunque en la comunidad está lo multiproblemático. Pero ¿qué es un psicólogo, un clínico? y ¿qué significa clínica?: *cliné* es inclinarse, estar al servicio de. Cuando uno trabaja en lo comunitario hay que perderle el miedo a la exposición. **El equipo es el amparo de la intervención comunitaria.**

¿Sería utópico pensar en una clínica social?

Algunos tienen la sensación que se empieza a discutir nada menos que la razón de ser, la historia, la recomposición y la reafirmación de una identidad en función de rasgos propios. Es decir la multidisciplina.

#### **Calidad Interna:**

Para la Calidad Interna dicen que para un CPA mejorar la calidad sería por ejemplo; aumentar la retención, mejorar la contención, acortar los tratamientos y replantear los objetivos.

Sería importante realizar una estadística de cuántos pacientes que abandonan en admisión reingresan posteriormente. Se pierden muchos adolescentes tempranos por no haber logrado todavía un dispositivo adecuado. No se llega a los adolescentes marginales, a los adolescentes tempranos y a la clase media alta.

Es importante trabajar interconectados con todos los recursos de la red, viendo cómo están conformados los equipos para poder trabajar juntos.

El usuario se transforma en un caso como paciente y en otro como agente preventor y que en este proceso todo y cada uno de los recursos posibilitan o no la transformación. Existe diferencia entre las unidades prestacionales absorbidas en contestar una demanda asistencial que los sobrecarga y las que pueden dedicar tiempo a poder informar y trabajar sobre los servicios y difusión de la SADA. Se señala la necesidad de que esta tarea de presencia y difusión no solo sea local, sino que desde el nivel central se logre una presencia constante y masiva en la comunidad tanto en el ámbito publicitario como actividades formativas o de capacitación y como de información de actividades en la sociedad.

Se piensa que la reinserción no es un espacio sino el resultado tanto del proceso asistencial que hace el paciente sino también el trabajo con la comunidad. Consideran necesario implementar otras estrategias de admisión como complemento a la dada. Repensar la deserción de la admisión ¿Salen de la red? ¿Por qué? Hay que contemplar el modo particular en que el paciente se acerca y la falta de recursos para saber qué sucedió, por qué sucedió. Falta el reforzamiento de la salida al campo ya que no se llega a la población perteneciente a barrios distantes de centro.

Muchas veces no pueden concurrir por falta de recursos o de movilidad (no existen medios de transporte.) No siempre es posible instalar un grupo de proximidad por la falta de recursos profesionales. Habría que pensar al usuario como red primaria y secundaria y no quedarse sólo en la atención al paciente.

La utilización del modelo de CT para todas las instancias de atención clínica conlleva esta situación. Del mismo modo declamar que la "reinserción social" tiene que trabajarse desde el inicio del proceso no resuelve el hecho de que así planteada la situación requiere una posición activa sólo por parte del "usuario - paciente - cliente", y poco del "afuera", al que *tiene que* reinsertarse. La más adecuado, hablando de satisfacción del usuario, sería plantear la cosa en términos de "integración social", situación de mutuo acomodamiento entre usuarios y el resto. En todo caso, se aclaraba que no se trataba meramente de cuestiones semánticas. Así mismo hablando de estos temas surgió la propuesta que se evalúe la posibilidad de invitar a los mismos pacientes a próximos foros de calidad prestacional, como para integrar, más allá de encuestas, sus propias opiniones (ref. *integración social*)

También se hablo acerca de la necesidad de considerar los cambios sociohistóricos para la instrumentación de procedimientos. La necesidad de un constante replanteo. Se habló acerca de representaciones y estigmatización como condicionantes de la calidad del servicio.

Se asumió (posiblemente como prejuicio), que si se hablaba de calidad es porque no había.

Se propusieron las siguientes ítems:

- Evaluar los recursos de cada centro y optimizar y diversificar servicios
- Mejorar la comunicación con los regionales
- Ir a buscar a los usuarios
- Hacer más prevención
- Cumplir con los horarios de atención
- Mejorar los horarios de atención

La definición de calidad trasciende el satisfacer a un usuario. Un tratamiento es eficaz cuando se logra la re-inserción en el mejor de los casos, en otros cuando frente a nueva dificultad el paciente se va con herramientas que le permiten volver. Si no hay posibilidad de reinserción social se producen pacientes crónicos.

A la *Calidad Interna* la relacionan con el acompañamiento de los equipos, la pregunta sobre la eficacia de los tratamientos y en cómo se recibe al paciente; con el agregado de lograr calidez óptima y distancia operativa.

Creen en la necesidad de estar mas acompañados ya que sostienen que la calidad de las prestaciones está directamente relacionada al cuidado de los equipos. Y se preguntan sobre la eficacia de los tratamientos y su durabilidad en el tiempo.

Para ellos *Calidad Interna* también se define por lo Transversal.

Consideran de importancia el criterio de Interdisciplinariedad ya que posibilitaría establecer un criterio de trabajo común y advierten como dificultad que en las reuniones de equipo no se habla mucho de los pacientes.

Observan que la *calidad interna* a veces determina la calidad externa. Cuando hay una buena organización del trabajo, buena atención a las personas que se atienden y dedicado trabajo interdisciplinario se posibilita un mayor acceso a la comunidad por el "boca a boca", creando una buena imagen del CPA.

La calidad también se define por un buen trabajo en el equipo con criterios claros sobre el tratamiento de los pacientes, con tiempos para la discusión y elaboración. Cómo así también una buena planificación y posterior evaluación en los trabajos de prevención.

Respecto a la calidad interna, piensan que **repensar la admisión disminuye el abandono**, por eso se cuestionan cómo trabajar esperando y respetando el famoso tiempo del paciente.

Dicen que están rodeados de preconceptos: se arman un perfil: éste para comunidad, aquel para comunidad de medio día y el otro para ambulatorio pero ¿qué pasa cuando ninguno cuadra en el perfil?

En relación a si existe un *marco referencial común* piensan que están trabajando en eso y que se encuentran un poco mejor que antes por la interrelación que se ha dado estos últimos dos años de intercambio entre los equipos de la comunidad terapéutica y cada CPA.

Consideran como eficacia en un tratamiento, no solo el hecho de que el paciente deje de consumir drogas sino la posibilidad de que atempere un poco el sufrimiento. Se preguntan cómo llegar a la conformación de grupos y que los pacientes y familiares se puedan identificar con la tarea propuesta; y qué operatoria existe entre lo urgente y lo importante. Dicen que lo importante engloba el 99% de las prestaciones, sea en el plano comunitario como de un tratamiento, o como de una mamá desesperada porque se enteró que el hijo le robó las cosas para drogarse. Y esto tiene que ver con la pregunta de cuándo el tratamiento es eficaz.

La eficacia de un tratamiento se da cuando el paciente concurre con asiduidad y cuando los familiares comienzan a involucrarse de manera responsable en el tratamiento, sumándole la articulación del paciente con otras actividades tanto recreativas, educativas y formativas, o sea que no todo se agotaría en el tratamiento individual y nada más, sino que aparte de su tratamiento individual, de su tratamiento grupal, pueda empezar a interesarse por otras tareas. Es eficaz también cuando un paciente que fue dado de alta vuelve al CPA con una recaída, tomando al CPA como referente de su salud.

*Basándose en los ejes de la Cartografía de la Calidad Prestacional piensan las siguientes acciones:*

*Con relación a lo **comunitario** habría que generar demanda articulando el acercamiento a instituciones educativas, instituciones intermedias, sociedades de fomento, barrios en riesgo, medios de comunicación, centros de salud, hospitales, clubes, gremios, instituciones religiosas y ámbitos laborales.*

*En lo que hace a **internación** piensan el diagnóstico tanto en el aspecto familiar, como individual, social y toxicológico. Este diagnóstico hay que trabajarlo interdisciplinariamente y en algunos casos con otros efectores de salud ya que, por ejemplo, en un centro de salud cuando reciben un caso de alcoholismo o intoxicación por alcohol o drogas generalmente no es derivado a un CPA; para eso proponen capacitar a médicos y enfermeros ya que algunos que los hospitales están plagados de mitos y realidades en relación a las adicciones. Por eso es necesario intentar revertir una realidad en cuanto a la concepción médica respecto de la recuperación de un adicto.*

*En relación al eje **ambulatorio** se centran en el eje comunitario como el lugar en donde se genera la demanda, en el judicial, en el espontáneo y en los grupos de proximidad.*

*En lo que hace al eje de **gestión** consideran fundamental la articulación con los municipios, la participación en las mesas de gestión, la articulación con Foros de seguridad y con participantes de ONG.*

## Diálogos entre la Calidad y la Prestación

¿Qué tienen para decirse la Calidad y la Prestación?

*Resulta que hay una pareja que se separa. Después de un tiempo se encuentran en un bar porque tienen que devolverse algunas cosas. A veces pasa que algo queda, algún libro, alguna foto... En un momento el muchacho, tímidamente le pregunta a la señorita:*

*-Decime una cosa, ¿alguien te hace el amor como yo?*

*Y ella, acariciándole la cabeza tiernamente le contesta:*

*-No, como vos, nadie.*

*Y no le dice nada más, y él se queda tranquilo. No le dice si hay mejores o peores, le miente siendo sincera. El "como vos nadie" nos introduce en el tema de la subjetividad. Es como si dijera nadie como ustedes. Nadie habla como yo, nadie coordina como yo, nadie piensa como yo. Cada producción tiene su particularidad y su riqueza, la voz de la calidad y la voz de la prestación juegan un diálogo.*

Se presentan dos grupos de sillas enfrentadas que por su disposición forman dos pirámides enfrentadas. Los dos compañeros ubicados en los extremos de la pirámide iban a ser los portavoces de las ideas que aportan "sus otras voces" amparado en el concepto de polifonía como portadora de una voz vacilante. Estas dos personas encarnan, una a la **Prestación** y otra a la **Calidad** y espontáneamente deben generar un diálogo que de cuenta de una interlocución entre ambos términos.

La función del público, en estos casos, es asistir; asistir en el sentido de la concurrencia y asistir en el sentido de sostener, de contener con la mirada lo que va pasando. Porque después el aporte del público completa la percepción y la recepción de lo acontecido.

¿Qué tiene la *calidad* para decirle o para contarle, pedirle, agradecerle o reprocharle a la *prestación*?; y ¿qué tiene la *prestación* para pedirle, decirle, agradecerle o reprocharle a la *calidad*?

Mas tarde el mismo modelo se usó para plantear un diálogo entre el **Usuario y el Prestador**.

*Cuestiones que la Calidad le planteó a la Prestación:* "¿Tus programas están actualizados?". "¿Tenés objetivos claros?". "¿Con qué contás para prestar los servicios?". "¿Sabés cuáles son las necesidades del paciente?". "Me cuesta trabajar porque a veces siento que llego tarde". "Te necesito". "Te ofrezco interdisciplinariedad, compromiso ético, conocimientos, capacidad y espacios contenedores". "A veces me siento aplastada y con falta de tiempo para que podamos trabajar juntas". "Tenés que salir a trabajar a los barrios". "Yo te ofrezco un espacio contenedor". "A mi me gustaría que me ayudes a trabajar en Red". "Necesito mas tiempo". "Sería conveniente consensuar nuestro adentro y nuestro afuera".

*Cuestiones que la Prestación le planteó a la Calidad:* "Vos te encontrás en un plano abstracto y yo trabajo desde lo práctico". "Para escuchar mejor hay que acotar y delimitar la problemática". "Te necesito". "¿Cómo te parece que tenemos que trabajar juntas?". "Te ofrezco conocimiento, permanencia, capacitación". "¿Y en qué tema me defendés?". "A veces llego y el CPA está cerrado y no hay gente, yo no puedo andar viniendo y dejando de trabajar".

*Cuestiones que el Usuario le planteó a la Cobertura:* "Esto no me va a servir para nada". "No me banco la burocracia, atiéndanme ya". "No me estoy sintiendo bien en el CPA, veo que me discriminan. Tengo poco tiempo para contarte mis cosas". "¿Qué quiere decir CPA?". "A mi me manda el juez". "Quiero zafar". "Mis viejos me insistieron para que venga". "Yo quiero hablar con una psicóloga, porque es muy personal y no quiero andar contándole a todo el mundo lo que me pasa".

*Cuestiones que la Cobertura le planteó al Usuario:* "Tenés que intentarlo". "También tenemos obligaciones administrativas". "No podemos con todo". "Estamos cerca para ayudarte". "Estás poniendo todo afuera, no tenés nada que contar?". "CPA es una institución, es un Centro Provincial de Atención a las Adicciones, una Subsecretaría que depende del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia y estamos para atender a todas aquellas personas que tienen algún problema de adicción, de consumo de distintas sustancias... ¿Vos porqué estás acá?". "Nosotros trabajamos en equipo".

### **Análisis de los diálogos**

Es difícil delimitar la calidad porque delimitar la calidad es delimitar la tarea; a veces se fuerza la escucha y no hay calidez con el paciente.

La Prestación estaba tan preocupada por la calidad que no le permitió pensar juntas, se sentía evaluada. Mientras la calidad se presentó

como inalcanzable, omnipotente. Costó el diálogo porque eran posiciones rígidas.

Se vio esto de las siglas, que el paciente a veces entra sin saber qué tipo de institución es y lo mismo sucede con las instituciones de la misma comunidad a veces no saben qué es un CPA. Por eso una de las sugerencias era empezar a nombrarlo de otra manera, como el Centro Provincial de Atención a las Adicciones como para darle un poco más de identidad hasta que se conozca. Eso pasa en algunos lugares, no es general; el paciente legitima al profesional del CPA sin conocer cuál es su profesión, no tiene esta historia que por ahí se marcó. La división de áreas, asistencia - prevención tan históricas, marcó notablemente, en algunos CPA, la dinámica de trabajo como equipo, pero eso es una cuestión institucional y no del paciente.

Otra sugerencia que surge es de no marcar una jerarquía en el paciente cuando ingresa al servicio.

Se vio que a veces se bajan lineamientos muy generales que no se ajustan a la realidad de cada CPA.

El personal del CPA debería reunir aptitudes personales y profesionales, por ejemplo a veces hay profesionales que trabajan en los centros que no tienen o no les gusta el manejo de grupos, exponerse frente a un grupo de alumnos o de docentes; salir en los medios o hacer una campaña de difusión en la calle, eso perjudica también en el funcionamiento, porque la idea es que todos tengamos no las mismas aptitudes pero sí que nos adecuemos al tipo de trabajo que pretende cada servicio. Cumplir con funciones y horarios sin perjudicar al servicio, salió la cuestión de que somos a veces muy permisivos en los centros en esto de flexibilizar el horario, no del servicio sino del personal que allí trabaja.

Por momentos estaba puesto el acento mas en lo cuantitativo que en lo cualitativo y en realidad las dos cosas tienen que ir para el mismo lado.

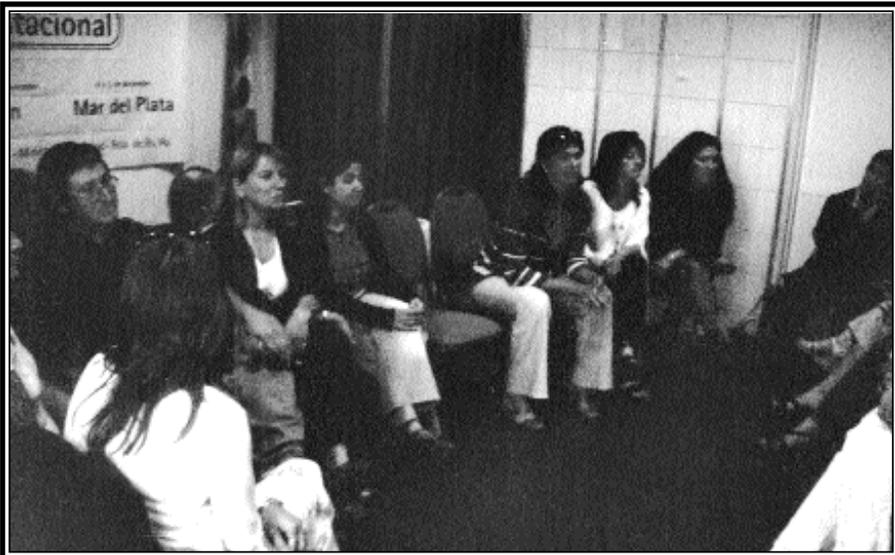
El usuario no siempre es un paciente, puede ser un consultante, alguien que quiera hacer solamente una orientación. No es abrir la puerta y ver solamente un adicto, que hay que saber escuchar sin un prejuicio, sin un prejuicio.

¿Cuál es el límite de cada disciplina?, aparece mucho el tema de la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad cuando en realidad el equipo es uno solo.

La cobertura tiene que ser amplia y la recepción es fundamental, la persona que recibe a esa otra persona tienen que estar preparada técnica y humanamente porque cada paciente va a necesitar una estrategia diferente. Se necesita una actualización permanente del marco referencial.



*Participantes del Foro en Pueblo de La Paz - Lomas de Zamora*



*Participantes del Foro en la ciudad de Mar del Plata*