

PREVENCION DEL VIH-SIDA EN USUARIOS DE DROGAS

RESULTADOS DE UN PROYECTO
DE INVESTIGACION E INTERVENCION

Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas

Resultados de un proyecto de investigación e intervención

- Directora del proyecto: Lic. Graciela Touzé
- Investigadora principal: Esp. Diana Rossi
- Equipo de investigación: Lic. Pablo Cymerman
Dra. Norma Ereñú
Lic. Silvia Faraone
Lic. Paula Goltzman
Lic. Enrique J. Rojas
Dra. Susana Vázquez

- Octubre de 1999 -

Intercambios

Asociación civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas

Actas del Seminario celebrado en Buenos Aires (Argentina) el 23 de septiembre de 1999

Auspicios

- › Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- › Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, Presidencia de la Nación.
- › Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- › Programa de Lucha contra el SIDA y ETS del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- › Red Latinoamericana de Reducción de Daños.

Adhesiones

- › Carrera Interdisciplinaria de Especialización de Posgrado en la Problemática del Uso Indebido de Drogas, Centro de Estudios Avanzados de la Universidad de Buenos Aires.
- › Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA.

Declarado de interés académico por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Intercambios

Asociación civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas
Corrientes 2548 – Iro. E – 1046 – Buenos Aires – Argentina.

Tel/fax: +54 11 4954 7272

E.mail: intercam@cvtci.com.ar

Queda hecho el depósito que prevé la ley 11723.

Con el apoyo financiero del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA).

Indice

Presentación	pág. 5
1. La perspectiva de los organismos internacionales	pág. 9
2. El impacto del uso inyectable de drogas en la epidemia del VIH/SIDA en la Argentina	pág. 15
2.1. Objetivos y aspectos metodológicos del Proyecto	pág. 15
2.2. Contexto nacional, tendencias, políticas y servicios	pág. 22
2.3. Perfil del uso inyectable de drogas en Buenos Aires	pág. 38
3. Intervenciones preventivas con usuarios de drogas	pág. 77
3.1. El contexto de la intervención	pág. 77
3.2. Salud-enfermedad-atención en el contexto de la intervención comunitaria	pág. 90
3.3. Acciones en comunidad y en redes de usuarios de drogas	pág. 93
4. La perspectiva de los usuarios	pág. 105
5. A modo de cierre	pág. 111
Bibliografía	pág. 115
Anexo	pág. 119

Presentación

El trabajo que aquí presentamos reúne las ponencias del Seminario "Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención", celebrado en Buenos Aires (Argentina) el 23 de septiembre de 1999, durante el cual se expusieron las experiencias desarrolladas por la Asociación Intercambios con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA).

Este proyecto, promovido por el Grupo Temático del ONUSIDA de la Argentina, nos permitió concretar una anhelada aspiración: profundizar en el conocimiento acerca de las prácticas de uso inyectable de drogas y aplicar este conocimiento en acciones que implicaran mejorar las condiciones de vida de poblaciones frecuentemente alejadas de los servicios sanitarios y sociales.

Estos propósitos conllevaron una serie de desafíos. Se trataba de indagar áreas de gran sensibilidad, ligadas a aspectos muy íntimos y a situaciones que en muchos casos, bordeaban la ilegalidad y la reprobación social. Para ello, se requería tomar contacto con grupos habitualmente ocultos, de difícil acceso y –más complejo aún– se requería establecer un vínculo perdurable con esas personas, que posibilitara el desarrollo de intervenciones preventivas. El recorrido realizado nos introdujo en una cotidianeidad amarga y desdichada, pero también plena de sentidos y de vitalidad.

Quizás lo más desafiante lo constituía el supuesto básico que daba sentido al proyecto: los usuarios de drogas podrían incorporar prácticas de cuidado si se les ofrecían los medios, materiales y simbólicos, para ello. Este punto de partida nos enfrentaba con muchos de los estereotipos clásicos acerca del

uso de drogas. Asimismo nos enfrentaba a un interrogante que veníamos debatiendo desde mucho tiempo atrás: ¿es posible en la Argentina llevar adelante programas de reducción de daños?

Este año de trabajo nos puso en contacto con una multiplicidad de personas y de instituciones que ofrecieron su valiosa colaboración y su experiencia. Deseamos expresarle a todas ellas nuestro reconocimiento por su inestimable aporte. Y en modo particular, deseamos agradecerle a los sujetos que participaron del estudio, que nos permitieron acercarnos a su realidad, conocerla y ampliar nuestra comprensión de sus significaciones.

Este proyecto fue posible gracias a la concurrencia de diversas voluntades: la del Grupo Temático – ONUSIDA de Argentina y el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, que impulsaron su realización; la de la Asociación Intercambios, que lo articuló a su misión institucional de trabajo sobre los problemas relacionados con las drogas en el marco de los derechos humanos; la de todos y cada uno de los integrantes del equipo, que aunaron idoneidad y celo profesional a un notable compromiso personal. Y también las voluntades de las comunidades que se involucraron y de los propios usuarios de drogas que participan del desarrollo del proyecto.

Por todo ello, más allá de los hallazgos y resultados, este es un producto a destacar: en tiempos de fragmentación social y falta de credibilidad, es posible aún avanzar en formas de restablecimiento del lazo social; en tiempos en que la salud se oferta y se demanda en el mercado, es posible aún promover formas de re-afiliación de los grupos sociales, que sostengan la defensa del derecho a la salud.

También es necesario destacar que queda mucho por hacer. La epidemia de VIH/SIDA en nuestro país está lejos de ser

controlada. Sus efectos se hacen sentir no sólo en el sistema sanitario; se extienden a la vida social y se expresan en los comportamientos individuales. Se requiere entonces profundizar y ampliar un trabajo que es, en definitiva, de producción de significaciones y favorecer así la rearticulación de redes sociales y de acciones de solidaridad.

Graciela Touzé
Presidenta de Intercambios

1. La perspectiva de los organismos internacionales

El presente capítulo reproduce las exposiciones del panel de apertura del Seminario "Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención".

Dr. Juan Manuel Sotelo *

Yo represento a dos organizaciones que en realidad son una: la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Estas organizaciones buscan la Salud para Todos. Y la Salud para Todos en su visión renovada, implica que los pobladores del mundo tengan las mejores oportunidades para acceder al más alto nivel posible de salud. Esto quiere decir que Salud para Todos tiene una base axiológica; se sustenta en la salud como un derecho, se sustenta en la búsqueda de equidad, se sustenta en la solidaridad.

Las organizaciones que represento forman parte del ONUSIDA. El ONUSIDA es un mecanismo que integra agencias del sistema de las Naciones Unidas: la Organización Mundial de la Salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, UNESCO, UNICEF, UNDCP y el Banco Mundial. Entonces el ONUSIDA persigue el objetivo de proteger a la población del mundo del VIH/SIDA.

En esta ocasión estamos convocados para revisar una investigación. Intercambios nos va a dar luces en algo que es muy importante en sí mismo y crecientemente importante en

* El Dr. Juan Manuel Sotelo es Representante de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en la Argentina. Presidente del Grupo Temático de ONUSIDA-Argentina.

lo social, que es contar con información. Información que es muy importante para muchas cosas. Es importante por ejemplo, para tomar decisiones. Hay que construir conocimiento y el conocimiento se construye por sobre todo con buena información.

Al encargar el ONUSIDA a Intercambios esta investigación, estamos pensando en eso. En que agregue información. Información sobre consumo de drogas y SIDA, información sobre los usuarios de drogas y sus características y esperamos tener más luces con los resultados que nos va a presentar Intercambios el día de hoy.

Asimismo hay una relación estrecha entre los usuarios de drogas y la enfermedad del SIDA. Yo creo que los fines del trabajo de las organizaciones que represento, son fines éticos, por consiguiente deben pasar la prueba de lo justo, de lo ético y de lo bueno. Yo tengo confianza que los productos que se espera que Intercambios presente como resultado de esta investigación se conviertan en verdaderamente resultados. Y aquí quiero hacer un distingo entre producto y resultado. Producto es algo tangible, resultado es algo que va más allá, que va a hacer una diferencia. Y yo creo que además de estos productos, que se van a convertir seguramente en resultados, vamos a tener muchos otros subproductos en esta asociación con Intercambios.

Dra. Mercedes Weissenbacher *

Ya pasaron 18 años del comienzo de la epidemia del SIDA y la diseminación del VIH sigue su curso, aún en países industrializados. Con el transcurso del tiempo la pandemia se está fragmentando en varias epidemias concurrentes dependiendo fundamentalmente de mecanismos de transmisión predo-

minantes en ciertas áreas geográficas. Todos sabemos que el consumo de drogas inyectables está íntimamente asociado a la infección por VIH y en muchas partes del mundo es la principal causa de infección. En América Latina, la Argentina es el país que tiene el mayor porcentaje de usuarios de drogas inyectables entre los casos notificados de SIDA.

Teniendo en cuenta que la transmisión del VIH es una de las consecuencias más graves del uso inyectable de drogas, el criterio del ONUSIDA es que se debe reducir el daño a los individuos y a las comunidades impulsando y fortaleciendo por una parte investigaciones y por otra, programas de prevención de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables.

En el contexto del SIDA el riesgo se define como la probabilidad de que una persona pueda contraer la infección por VIH. Ciertos comportamientos crean, acrecientan y perpetúan este riesgo. Sin embargo, el riesgo individual se ve influenciado negativa o positivamente por factores del grupo social que pueden aumentar y perpetuar la vulnerabilidad de determinadas personas o sectores de la sociedad, por lo que es preciso tenerlos en cuenta para definir acciones de prevención de una manera integral y complementaria.

El complemento de la reducción del riesgo o la reducción de daños, es la disminución de la vulnerabilidad social, familiar, legal, etc. Los resultados de muchos estudios, ya indican que los programas de reducción del daño disminuyen realmente los casos de infección por VIH sin, por otro lado, aumentar el consumo de drogas.

Para poder implementar una estrategia de reducción de daños debemos tener en cuenta que el uso de sustancias psicoactivas es inevitable en cualquier sociedad que tenga acceso a esas sustancias; por lo tanto las políticas de drogas no pueden estar basadas en la creencia utópica que el uso no mé-

dico va a ser eliminado. Las políticas de drogas deben ser pragmáticas, por lo tanto deben ser valoradas en función de sus consecuencias reales y no en función de si envían un mensaje teóricamente correcto.

Los consumidores de drogas están integrados por la comunidad misma. En consecuencia proteger la salud de la comunidad implica también proteger la salud de los consumidores de drogas y requiere que sean considerados como parte de ella y no excluidos de ella.

El uso de drogas conlleva daños sociales e individuales por diferentes circunstancias, por diferentes mecanismos. Es necesario un amplio rango de intervenciones para reducir los daños. Estas intervenciones incluyen entre otras: reducir el número de personas que se inician en el consumo, provisión de cuidados de la salud, tratamiento de la dependencia y de la infección por el VIH, educación para prevenir conductas sexuales de riesgo, facilitar formas más seguras de consumo, favorecer las actividades de educación por pares.

Desde los comienzos del año 1997, el ONUSIDA está apoyando a los países del Cono Sur y de otras partes del mundo en la elaboración y la implementación de proyectos para conocer el estado de situación de la relación entre el SIDA y las drogas inyectables en cada país, difundiendo conocimientos sobre reducción de daños y en algunos casos, como en la Argentina, realizando un proyecto piloto de intervención.

Por otra parte y en función de los avances obtenidos, elaboramos un proyecto regional sobre prevención de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables en el Cono Sur, el cual ya ha sido aprobado y financiadas las primeras actividades. Nuestro desafío es articular un esfuerzo conjunto entre las organizaciones no gubernamentales, el gobierno y las distintas agencias internacionales y que al avanzar en el conocimiento y en el trabajo conjunto, se puedan implementar las

estrategias que lleven a reducir la infección por VIH en usuarios del Cono Sur e indirectamente, también de otros agentes infecciosos con mecanismos semejantes de transmisión.

Me voy a animar a decir que los resultados que hoy analizaremos con la organización Intercambios señalan el camino a recorrer, indican que no queda mucho tiempo, pero también indican que se está en el camino correcto.

2. El impacto del uso inyectable de drogas en la epidemia del VIH/SIDA en la Argentina

*Será locura...
mas hay razón en ello
William Shakespeare*

El presente capítulo aborda aspectos relevantes de la relación entre el uso inyectable de drogas y la infección por VIH/SIDA en la Argentina. Se describen en primer término los objetivos y metodología del Proyecto. La segunda parte presenta la información relevada acerca del estado de situación nacional, con datos de tendencias, políticas y servicios. El último apartado expone resultados preliminares del estudio sobre prácticas de uso de drogas inyectables en Buenos Aires.

2.1. Objetivos y aspectos metodológicos del Proyecto

El presente trabajo integra una línea de acción institucional que plantea la construcción y aplicación del conocimiento de los problemas relacionados con las drogas en el marco de los derechos humanos. Se entiende por problemas relacionados con las drogas a los diversos aspectos vinculados a la demanda y a la oferta, a las políticas de control (sociales y penales) y a su repercusión en la vida social, cultural y personal. En tal sentido, se aborda la problemática del VIH/SIDA, tanto en su relación con el uso de drogas como en sus aspectos más generales, reconociendo que la estigmatización y discriminación asociadas a estos problemas sociales, en muchos casos, gene-

ran prácticas violatorias de los derechos de las personas.

Esta línea institucional se expresó en el bienio 1998-99 en dos proyectos cuyos objetivos se articulan en dos finalidades comunes:

1. Prevenir la infección por VIH en los usuarios de drogas de la República Argentina.
2. Promover medidas de reducción de los daños asociados al uso de drogas.

El primer proyecto –“La farmacia como ámbito de prevención del VIH/SIDA”– se propuso que las farmacias se constituyan en vías de acceso a la información y a las medidas de prevención del VIH/SIDA, en especial para los usuarios de drogas inyectables. Desarrollado entre abril de 1998 y mayo de 1999, este proyecto contó con apoyo financiero del Programa LUSIDA del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

El segundo proyecto –“Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas”– se inició en septiembre de 1998. Un rasgo distintivo lo constituyó el hecho de reunir componentes de investigación y de intervención. Son sus objetivos:

1. Conocer el estado de situación del uso de drogas en relación a la infección por VIH en la Argentina.
2. Conocer el perfil de los usuarios de drogas en Buenos Aires.
3. Analizar la mejor práctica internacional de prevención de la infección por VIH en usuarios de drogas a fin de adecuarla al estado de situación y al perfil de los usuarios de drogas en Buenos Aires.
4. Desarrollar e implementar un proyecto piloto de reducción de los riesgos de infección por VIH en usuarios de

drogas de Buenos Aires.

La finalidad de esta publicación es dar cuenta de los resultados de este segundo proyecto a fin de aportar a la comprensión y al debate en torno de la problemática del VIH/SIDA y el uso de drogas. Interesa también presentar el proceso desarrollado, con la intención de que pueda ser replicado en otros contextos. El estudio encarado motivó el diseño de intervenciones cuya ejecución continúa en curso.

La definición metodológica fue una cuestión clave. Se requería un encuadre que posibilitara producir, en el menor tiempo posible, una información que permitiera tomar decisiones acerca de las intervenciones a ser desarrolladas. Se optó así por el enfoque de Evaluación y Respuesta Rápida.

La metodología de Evaluación y Respuesta Rápida (ERR) es un medio para determinar la extensión y características de los problemas sociales y de salud y sugerir maneras para intentar reducirlos. Se dirige a minimizar o evitar las consecuencias adversas en salud asociadas con el uso de sustancias. Da prioridad al desarrollo rápido de intervenciones orientadas a la promoción de la salud, la prevención y la reducción de riesgos (Stimson, Fitch y Rhodes; 1998).

Los antecedentes de la Evaluación y Respuesta Rápida se encuentran en la antropología aplicada, la sociología, la epidemiología y los métodos para la evaluación de investigaciones. Este enfoque "difiere de la antropología tradicional en que requiere un período de tiempo corto de trabajo de campo y centra la investigación en pocos temas específicos" (Scrimshaw y Hurtado; 1988).

Los principios enunciados en las Guías de Evaluación y Respuesta Rápida que tomamos como referencia, sugieren que las evaluaciones rápidas se diferencian de otras investigacio-

nes en ciencias sociales por:

› *Rapidez*: La difusión de nuevos patrones de uso de drogas y problemas relacionados puede ocurrir más rápidamente que el tiempo requerido para llevar a cabo una investigación convencional.

› *Rentabilidad*: La ERR utiliza habilidades de investigación que tienen una gran producción en términos de información respecto al insumo de esfuerzo investigador.

› *Explotación de la información existente*: Los nuevos esfuerzos de recopilación de datos (por ejemplo los sondeos) sólo se realizan cuando las existentes fuentes de información son inadecuadas.

› *Uso de múltiples indicadores y fuentes de información*: La ERR combina varios métodos y fuentes de información.

› *Enfoque investigativo*: La evaluación rápida adopta un enfoque "detectivesco". En muchas sociedades pueden existir incentivos culturales o políticos para negar la existencia de ciertas actividades, lo cual es especialmente cierto en el caso del uso de drogas y de las prácticas sexuales. La ERR fomenta el constante control cruzado de la información proveniente de varias fuentes.

› *Inducción*: Los investigadores trabajan de manera "inductiva" y elaboran sus conclusiones mediante la recopilación y control de una amplia gama de información.

› *Importancia práctica para las intervenciones*: Las evaluaciones rápidas se usan para ayudar en las intervenciones. No son un fin en sí mismas. La utilidad de una evaluación rápida se puede juzgar por su idoneidad para tomar decisiones, en vez de considerar únicamente su rigor científico.

› *Investigación de muchos niveles de la sociedad*: Es necesario ver el problema en su contexto social, cultural, religioso, político e histórico. Generalmente las evaluaciones rápidas se mueven en diferentes niveles de la investigación a fin de

identificar diferentes niveles para intervenir.

› *Participación de la comunidad:* Las evaluaciones rápidas involucran a la comunidad y a aquellos que participan en el desarrollo de las intervenciones, en diversas actividades relacionadas con el proyecto.

› *Consulta:* Las evaluaciones rápidas reconocen la necesidad de consultar con una amplia gama de personas, incluyendo los usuarios de drogas y los usuarios de drogas por vía inyectable.

› *Idoneidad en vez de perfección científica:* La confiabilidad y validez se establecen por medio del control cruzado de múltiples fuentes de información (“triangulación de la información”).

La Evaluación Rápida se utiliza para llevar a cabo intervenciones de salud pública, tendientes a minimizar o evitar las consecuencias adversas para la salud asociadas con el uso de sustancias. Por intervenciones de “salud pública” entendemos respuestas que den prioridad a la promoción de la salud, a la prevención y a la reducción del riesgo entre los individuos y poblaciones involucrados en el uso de sustancias. Las Guías elaboradas por la OMS definen diez principios rectores de una Respuesta de Salud Pública:

1. *Una respuesta de Salud Pública requiere una evaluación sólida:* La evaluación rápida es un componente integral del desarrollo de la respuesta y la intervención.

2. *Las respuestas de Salud Pública requieren un enfoque escalonado y jerárquico:* Las respuestas eficaces adoptan un enfoque escalonado hacia el cambio de conducta y una jerarquía de fines y objetivos.

3. *Las respuestas de Salud Pública requieren un enfoque pragmático:* Los enfoques pragmáticos subrayan la necesidad práctica, por ejemplo, la prevención de la epidemia de VIH y

la reducción de la transmisión del VIH. Las políticas e intervenciones sobre uso de drogas no son intrínsecamente “buenas” o “malas”, sino que son juzgadas sobre la base de cómo afectan el nivel de problemas de salud asociados con el uso de sustancias.

4. *Las respuestas de Salud Pública requieren estrategias múltiples e integradas:* Las respuestas de salud pública se centran en múltiples niveles, incluyendo los estilos de vida individuales, la provisión de los servicios de salud, el contexto comunitario inmediato, el entorno social y las políticas públicas.

5. *Las respuestas de Salud Pública ofrecen los medios para el cambio de conducta:* Es probable que las intervenciones que tienen como objetivo el cambio de conducta individual sean más eficaces si proporcionan a las personas tanto el “conocimiento” como los “medios” para modificar su conducta. Ofrecer solamente la información no es adecuado. Los individuos deben estar en posición de actuar con base en el conocimiento que tienen. Por eso, las intervenciones deben proporcionar los medios prácticos para el cambio de conducta (como son condones, agujas, jeringas y tratamiento por problemas de drogas).

6. *Las respuestas de Salud Pública requieren cambios en la provisión de servicios:* Mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios en salud es un aspecto fundamental del desarrollo de respuestas eficaces y pragmáticas. Entre los factores determinantes de una provisión eficaz de los servicios están la disponibilidad y la accesibilidad.

7. *Las respuestas de Salud Pública se basan en la comunidad:* Para llegar a las poblaciones más afectadas por el uso de sustancias se requieren métodos innovadores. Una respuesta basada en la comunidad -en la cual participen agencias y organizaciones locales y enfoques de trabajo callejero no institucionales- es un componente necesario de las interven-

ciones que tengan como meta a las poblaciones “de difícil acceso”, como los usuarios de sustancias.

8. *Las respuestas de Salud Pública se orientan hacia la comunidad:* Un punto clave de la salud pública es el desarrollo de intervenciones orientadas a generar cambios a escala comunitaria en las respuestas, actitudes y conductas relacionadas con el uso de sustancias y a involucrar a miembros claves de la comunidad y representantes de organizaciones locales en las iniciativas de evaluación e intervención rápida.

9. *Las respuestas de Salud Pública requieren cambios en el entorno social y político:* Las acciones individuales y comunitarias operan dentro de los límites del más amplio entorno social y político. Las intervenciones de salud pública, por lo tanto, necesitan la ayuda de aquellos que pueden influir en las políticas públicas y entornos locales favorables a la reducción del daño y el cambio de conducta.

10. *Las respuestas de Salud Pública requieren cambios políticos:* A nivel político podría ser necesario buscar apoyo para realizar intervenciones que de otra manera serían vistas como inapropiadas. Por lo tanto, las políticas públicas influyen en las consecuencias adversas del uso de sustancias y también en la probabilidad de desarrollar respuestas eficaces de salud pública. Las respuestas eficaces deben tener como objetivo los cambios en las políticas públicas existentes si éstas impiden las intervenciones en salud o actúan en contra de la reducción de las consecuencias adversas asociadas con el uso de sustancias.

Con este enfoque metodológico se abordaron los dos componentes del proyecto (investigación e intervención), articulándose los cuatro objetivos propuestos.

Se recopiló y analizó información proveniente de fuentes secundarias, que fue completada con un conjunto de entrevis-

tas a informantes institucionales y referentes políticos, sobre el estado de situación del uso de drogas en relación a la infección por VIH en la Argentina. Asimismo, se realizó un estudio acerca de las prácticas de uso de drogas, entre 60 usuarios de drogas inyectables (UDIs) de Buenos Aires que se complementó con entrevistas a 60 informantes clave. Se analizaron programas de prevención del VIH en usuarios de drogas, desarrollados internacionalmente, a fin de aplicar la mejor práctica internacional, adecuándola a las necesidades y características locales. Todos estos insumos fueron capitalizados para la definición de intervenciones comunitarias y en redes de usuarios de drogas.

Una de las primeras tareas fue definir la constitución del equipo de trabajo. Aquí se pusieron en juego tres criterios: interdisciplina, diversidad de campos de intervención y diversidad de experiencias profesionales.

Sobre esta base, se constituyó un equipo de ocho investigadores cuya formación disciplinaria correspondió a la Medicina, la Psicología y el Trabajo Social. Este equipo reunió profesionales con antecedentes en el campo del VIH/SIDA, el uso de drogas, la salud mental y la minoridad y con experiencia en investigación, trabajo comunitario, prevención y asistencia. El equipo contó con una asesoría legal permanente a cargo de Carlos Andrada y Juan Carlos Vasco Martínez. Un proyecto que se planteaba investigar para definir intervenciones requería un equipo de estas características.

2.2. Contexto nacional, tendencias, políticas y servicios

En el marco general del proceso de investigación, hubo

un espacio dedicado a conocer el estado de situación del uso de drogas en la Argentina, en particular el uso inyectable, y la incidencia de esta práctica sobre el proceso de salud-enfermedad-atención de los usuarios, con principal hincapié en la problemática del VIH-SIDA.

Para tal fin se trabajó en un análisis de datos secundarios a partir de la recopilación de información proveniente de estudios publicados; avances de investigación; planes, programas, informes y material de difusión y estadísticas de instituciones gubernamentales y no gubernamentales; leyes, decretos, resoluciones y ordenanzas; material periodístico. En tal sentido se relevaron:

- › Estudios publicados: se analizaron 56 estudios publicados en el decenio 1988-1998, que brindan información sobre distintos aspectos de la temática en estudio.
- › Proyectos de investigación: se hallaron 13 proyectos en curso en la Universidad de Buenos Aires, vinculados a la temática del VIH/SIDA y/o el Uso de Drogas.
- › Documentos producidos por instituciones gubernamentales y no gubernamentales: 28.
- › Leyes nacionales: nueve vinculadas a la temática en estudio y las leyes de presupuesto nacional correspondientes a los últimos tres años.
- › Decretos del Poder Ejecutivo Nacional: ocho relacionados con el objeto de estudio.
- › Decretos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: dos
- › Decretos del Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires: uno
- › Resoluciones: ocho.
- › Ordenanzas municipales: una.
- › Fuentes periodísticas: de los últimos cuatro años, se consultaron quince artículos con información pertinente a los fi-

nes del estudio.

En una etapa posterior y con el objeto de profundizar los datos relevados, se realizaron un conjunto de entrevistas (17 en total) a informantes institucionales, referentes políticos e investigadores sobre la temática, las cuales nos proporcionaron importante información complementaria de los datos estadísticos y de las investigaciones existentes.

Estas entrevistas tuvieron una doble orientación:

Por un lado, la necesidad concreta de acceder a nuevos datos, ya que los datos publicados en relación con las tasas y tendencias del uso de drogas inyectables eran escasos, referidos a poblaciones acotadas y, en algunos casos, no reflejaban una lectura actualizada de la problemática.

Por otro lado, la necesidad de profundizar los aspectos políticos institucionales, tanto referidos a la problemática del uso de drogas como a los aspectos socio-sanitarios, en relación a: la legislación existente, las líneas de acción política e institucional y la legitimación de acciones en este campo.

En ambas direcciones las entrevistas brindaron importante información, aunque referida a momentos específicos de gestión.

A partir de la sistematización de esta información se elaboró un informe que contempla los siguientes ejes:

- › Contexto político-social del uso de drogas.
- › Patrones socioculturales del uso de drogas.
- › Datos nacionales sobre tasas y tendencias del uso y problemas relacionados; y datos sobre las características de los usuarios de drogas.
- › Problemas de salud asociados con el uso de drogas, con especial énfasis en la infección por VIH.
- › Sistema de atención de los problemas de salud relacionados con el uso de drogas.

2.2.1. Contexto político-social del uso de drogas

Partimos de este aspecto, dada la necesidad de contextualizar la problemática del uso de drogas como una trama compleja de representaciones y prácticas en donde se articulan procesos sociales, económicos, políticos, ideológicos y culturales (Grimberg, 1995). El uso de drogas se constituye en un problema cuyos efectos implican el refuerzo de procesos de normatización y disciplinamiento social y consecuentemente, de estigmatización y discriminación de grupos sociales, expresándose en una política con una dirección claramente criminalizadora que define la actitud social frente a los afectados y contribuye a recortar el tipo de comportamiento adoptado por dicha población.

Al sujeto, usuario de drogas, se lo inscribe socialmente en un proceso que entrecruza dos lógicas: la lógica sanitaria, de cura, y la lógica punitiva, de control. Esta asociación está presente en la perspectiva empleada para el análisis de los datos.

En relación con esto, y moldeada por las características del control, la opinión pública en la Argentina pareciera ser mayoritariamente adversa a medidas de despenalización del consumo, predominando una imagen estereotipada del usuario de drogas como "peligroso para sí y para otros" (Rossi y Touzé, 1997). En tal sentido, el binomio cura-control en relación al consumo de drogas asume en nuestro contexto características particulares según el ámbito y la situación en que se lo observe.

En relación a las **políticas nacionales sobre el uso de drogas**, la Argentina, si bien ratificó la Convención Unica de Estupeficientes de 1961, no produjo mayores modificaciones en su política en relación con este tema hasta finales de la dé-

cada del '60. Algunos actores consultados al respecto sostienen que el no desarrollo de acciones, planes, programas o políticas específicos se relaciona con el poco impacto que el tema tenía en ese momento.

Recién en los '70, la Argentina comenzó a delinear una política en materia de drogas, inicialmente con mayor preocupación por los aspectos represivos que por los preventivos-asistenciales. En 1972 se creó la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON), como organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social. A sugerencia de la CONATON, en 1973 se creó el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), como ente descentralizado del Ministerio de Bienestar Social. En junio de 1976, se firmó un acuerdo entre el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica y el CENARESO para la lucha contra el uso indebido de drogas y el tráfico ilícito. Esto implicó que una institución de corte asistencial se involucrara en el tema de la lucha contra el tráfico de drogas. Tal situación, de alguna manera, marcó las políticas y acciones relacionadas con el tema hasta el año 1983 (Calabrese et al., 1992).

La década de los '80 y la transición democrática inauguraron un fuerte debate y la problemática de las drogas pasó a ocupar un lugar relevante en la agenda pública. En 1985, bajo la presidencia de Raúl Alfonsín, se creó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD) que funcionó en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social bajo la presidencia del titular de dicho Ministerio. En 1989, bajo la presidencia de Carlos Menem, se creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación (SEDRONAR) que, hasta la actualidad, es el órgano máximo en programación de políticas de drogas en el país.

Si bien la tendencia política expresada en diferentes documentos es la prevención y la rehabilitación, ligando la problemática del consumidor de drogas al concepto de enfermedad, en las entrevistas realizadas a diferentes actores políticos, se observaron discursos contradictorios en los cuales, los límites entre la penalización y los procesos terapéuticos no son muy claros.

La legislación vigente sobre tráfico y consumo de drogas se expresa en la Ley 23.737, promulgada en 1989. El espíritu general de la ley transparenta nuevamente esta visión del consumidor de drogas inserto en el binomio delincuente-enfermo. Por un lado, la ley sanciona penalmente la tenencia de drogas, cualquiera sea su cantidad y cualquiera sea el propósito con que se tenga dicha sustancia. Sin embargo, también expresa que en caso que se compruebe que los estupefacientes están destinados a consumo personal del tenedor, la punición puede ser reemplazada por medidas alternativas de seguridad "curativas" o "educativas", dependiendo que se trate de un "drogadependiente" o de un "principiante" o "experimentador", condición a determinar por los médicos forenses.

Se desprende de la ley que dos corporaciones tienen un peso determinante en la forma en que se categoriza al consumidor de drogas. Estas corporaciones responden a los dos paradigmas que dan sustento al binomio cura-control: el jurídico y el médico.

En cuanto a las **políticas de prevención y difusión en medios masivos de comunicación**, en los últimos años se viene observando una importante tendencia a la asociación, entre delito (principalmente contra la propiedad) y drogas. Actualmente, a esta relación, se le suman dos nuevos componentes: la minoridad y la pobreza. Se observa con frecuencia un conte-

nido estigmatizante respecto del consumidor de drogas, generalmente caracterizado como menor o muy joven y asociado con la pobreza. En general, la información tiende a crear instancias que, desde el sentido común, imponen fuertes tendencias a la represión y al encierro. No obstante, datos publicados por la Dirección de Política Criminal de la Secretaría de Justicia del Ministerio de Justicia de la Nación pondrían en duda la asociación entre delito y drogas. En un estudio de 1993, el 83% de las personas imputadas por infracción a la ley de drogas, no tenía antecedentes penales y no fue detenido en ocasión de otro delito (Ministerio de Justicia, 1996). Otro estudio de 1996, indica que el 97,9% de los imputados por la misma causa, no habían sido encarcelados con anterioridad; el 90,8% no poseía armas en el momento de su detención; el 97,3% de los casos no estaba cometiendo otro delito (Ministerio de Justicia, 1998).

En los últimos años se generaron campañas publicitarias masivas contra el consumo de drogas. Las más difundidas fueron dos. La primera, dirigida particularmente a la población joven de clase media, contenía información centrada en las sustancias ilegales, marcando sus características, efectos y consecuencias. Esta campaña tuvo como principal eje un fuerte contenido disciplinador. La segunda, que comenzó a desarrollarse durante este año, plantea diferentes actores sociales en escena (desde empresarios hasta adolescentes) e incluye el consumo de drogas tanto ilegales como legales.

2.2.2. Patrones socioculturales del uso inyectable de drogas

La sistematización de información obtenida de investigaciones realizadas por diferentes investigadores (Miguez, 1997;

Miguez y Grimson, 1997; Kornblit et al., 1997)* profundiza algunos hábitos y costumbres de los consumidores de drogas por vía inyectable, entre los que podemos destacar como principales:

› El lugar más referenciado como espacio geográfico en el cual se inicia el consumo de drogas está fuertemente relacionado con ámbitos familiares, como la casa propia, la de algún amigo y/o el colegio o la plaza del barrio.

› La cocaína se menciona como la principal sustancia inyectable.

› La utilización de la cocaína por vía inyectable es referida como el "único" modelo placentero posible.

› El uso inyectable, en algunas circunstancias, incluye sustancias que normalmente son usadas por otras vías, como el caso de los ácidos alucinógenos.

› El uso de la vía inyectable define un perfil del usuario, más fuerte y decidido en relación con los consumidores por otras vías.

› Los grupos de varones entienden el consumo inyectado como un tema de género, del que las mujeres que consumen por esta vía son excluidas.

› Algunos usuarios hacen referencia a la necesidad de un grupo para el uso inyectable, en el que los miembros se ayudan unos a otros y, dada la escasez de recursos, el problema se resuelve casi siempre en el uso compartido de jeringas y agujas.

› El compartir jeringas surge culturalmente dentro del grupo como una confirmación de la amistad que existe entre los miembros que lo establecen, limitándose a una práctica cerrada al grupo.

› El compartir jeringas, según el discurso de los usuarios analizado por estos investigadores, refuerza la pertenencia de los miembros a un grupo, quienes por medio del uso comparti-

* No pudimos incluir el estudio que realizó para el LUSIDA el equipo de antropólogos integrado por Santiago Wallace entre otros, por no estar publicado hasta la fecha.

do de agujas, prueban su confianza y fidelidad.

› Las personas con las que se comparten jeringas son principalmente amigos, conocidos y en algunos casos, la pareja.

› Se reconoce que el riesgo de compartir jeringas respecto a la infección por VIH es alto/muy alto.

› No se refirieron acciones de desinfección de jeringas y agujas en las prácticas compartidas.

› La desinfección, en los casos en que se realiza, consiste en: lavado con agua, lavado con alcohol y lavado con lavandina. También hubo referencias a hervir la jeringa y a limpiarla con papel.

› Las razones dadas para compartir jeringas fueron: no disponer de jeringas y agujas propias y la dificultad de conseguir jeringas y agujas.

Otros datos, acerca de las **tendencias en el uso de drogas**, fueron complementando el perfil de los patrones socioculturales. Sin embargo, en relación con este aspecto, encontramos que hasta fines de 1998, la información producida era escasa y con variaciones significativas en períodos de tiempo relativamente cortos. El último dato nacional obtenido fue una estimación elaborada por la SEDRONAR, de alrededor de 290 mil usuarios de drogas en el año 1995.

Sin embargo, en el último año la SEDRONAR elaboró un primer Estudio Nacional sobre Uso de Drogas que pretende marcar un perfil epidemiológico nacional. Los primeros datos publicados de este informe establecen que el consumo de drogas en la Argentina alcanza al 2.9% de la población entre los 16 y los 65 años y al 1.5% de los chicos entre los 12 y 15 años. Estos porcentajes representan alrededor de seiscientos mil personas usuarias de drogas en todo el país (SEDRONAR, 1999).

Diversas investigaciones analizadas coinciden en el aumento de la participación de la cocaína en el conjunto de dro-

gas consumidas. También expresan un alto porcentaje de consumo de marihuana y de psicofármacos. Los últimos datos elaborados por la SEDRONAR (1999) muestran que el 76.6% de la población mayor de 16 años residente en el país consumió alguna sustancia. El 2.9% drogas ilícitas, el 1.4% medicamentos usados ilícitamente y el 72.3% tabaco y alcohol.

La tendencia coincidentemente expresada en las investigaciones es la de un inicio en el consumo de drogas ilegales a edad temprana. El 72% de los casos de inicio se concentra entre los 10 y los 19 años. La droga de inicio más común sería la marihuana y en mucha menor medida, la cocaína y diversos medicamentos.

En relación a datos relevados sobre **características de los usuarios de drogas**, las fuentes consultadas (SEDRONAR, 1998; Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, 1998; Míguez y Pecci, 1990) reflejan datos sobre población internada o que concurre a centros de tratamiento públicos, privados y de ONGs. No hemos encontrado estudios en el país que analicen características de los usuarios en población general.

Las investigaciones relevadas no pueden ser comparadas dado que toman población muy heterogénea, a pesar que utilizan las mismas variables: sexo, edad, nivel educativo, nivel ocupacional, consultas, internaciones, re-internaciones y sustancias consumidas. En casi todos los casos estuvieron ausentes las variables: vía de consumo y características del consumo.

Entre los datos más relevantes de la población que consultó en algún centro de tratamiento se destacan:

- » El grupo etareo que más ha consultado y/o iniciado tratamiento en las diferentes instituciones es el que tenía entre 20 y 29 años.

› Se destaca una amplia concentración de consultantes hombres; en casi todas las investigaciones supera el 80%.

› El nivel educacional de los consultantes marca un bajo porcentaje de estudios universitarios; en algunas investigaciones este dato llega sólo a poco más del 1%.

› Un dato importante que surge en gran parte de los estudios, es el alto porcentaje de desocupación y/o inestabilidad laboral que se registra en los consultantes: por encima del 50%, llegando en algunos casos a 68.7%.

› Las drogas ilegales más consumidas son la marihuana y la cocaína.

› La vía inyectable sólo emerge en un porcentaje muy bajo de consumidores, principalmente ligada a la cocaína y en algún caso, a la heroína.

2.2.3. Problemas de salud asociados con el uso inyectable de drogas

En relación con este eje, queremos aclarar que haremos referencia en forma particular al complejo VIH-SIDA, lo cual no significa que sea el único problema de salud asociado con esta práctica pero, a nuestro entender, asume una relevancia fundamental si consideramos la influencia de la vía inyectable entre las personas con diagnóstico de SIDA, tal como surge de los datos aportados por el Programa Nacional de SIDA. Hemos tenido acceso a numerosos estudios de seroprevalencia (23) que profundizan la asociación del uso inyectable de drogas con la infección por VIH. En menor número, también hemos accedido a estudios sobre la prevalencia de hepatitis B y C, toxoplasmosis, sífilis, chagas y HTLV-1 entre usuarios de drogas inyectables. Estos estudios fueron desarrollados en diferentes instituciones, generalmente hospitales públicos, sin

que se puedan generalizar sus resultados.

Entre los datos epidemiológicos de SIDA referidos a UDIs (Ministerio de Salud y Acción Social, 1999) se destaca:

› El 40.8% (6181) de los 15166 casos de SIDA informados en el país a julio de 1999, indicó como factor de riesgo el uso de drogas inyectables.

› El primer caso de SIDA cuyo factor de riesgo denunciado fuera el consumo de drogas inyectables, se diagnosticó en 1985. Si se observa la curva de casos según este factor de riesgo, el pico más alto se encuentra en el año 1996 (1012 casos).

› Todas las provincias han reportado casos, pero se observa una mayor concentración en provincia de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires y Santa Fe.

› La relación hombre mujer entre UDIs con diagnóstico de SIDA fue de 5.5:1 en 1998.

› El 58.7% de los casos de SIDA en los que el factor de riesgo es el uso inyectable de drogas, se encuentran en el grupo etareo de 15 a 29 años.

› El 60% de los casos por uso inyectable de drogas presenta escolaridad primaria completa o incompleta.

Es importante destacar, en relación a estos tres últimos datos que, si los comparamos con los datos de la población general de enfermos de SIDA, se observa que la población usuaria de drogas inyectables es mayoritariamente masculina y más joven que la población general enferma de SIDA. Asimismo, constituye el grupo con menor escolaridad.

2.2.4. Sistema de atención de los problemas de salud relacionados con el uso de drogas

Debemos destacar que a pesar de existir una frondosa normativa sanitaria en relación con la problemática de los usuarios de drogas, se visualiza una compleja trama de evaluación y control, dado que existe un doble ámbito de administración y ejecución de las acciones: la SEDRONAR y el Ministerio de Salud y Acción Social.

La estructura organizativa de la SEDRONAR se definió en 1991 a partir del Decreto 649, el cual estableció la existencia de una Subsecretaría de Prevención y Asistencia con tres Direcciones: Dirección Nacional de Asistencia, Dirección Nacional de Prevención y Dirección Nacional de Relaciones Institucionales. La Subsecretaría de Prevención y Asistencia tiene como objetivo explícito diseñar, promover y apoyar el desarrollo de planes y programas de carácter nacional referentes a la prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y acción social en el campo del uso indebido de drogas, con cooperación pública y privada.

A partir de la promulgación de una serie de resoluciones conjuntas, la SEDRONAR y el Ministerio de Salud y Acción Social intentan acordar acciones, entre las que podemos destacar:

- › Normatización de los Servicios Preventivos Asistenciales en Drogadependencia (Resolución 160 del MSAS y 3 de la SEDRONAR del año 1995).

- › Categorización de establecimientos, caracterización de los organismos gubernamentales y no gubernamentales y elaboración de un registro de instituciones prestadoras. (Resolución 361 del MSAS y 153 de la SEDRONAR del año 1997).

- › Programa Básico para el Tratamiento de la Drogadic-

ción que deben cumplir todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud incluidas en la Ley 23.660 y las Empresas de Medicina Prepaga (Resolución 362 del MSAS y 154 de la SEDRONAR del año 1997).

› Incorporación al Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Resolución 201 del MSAS y 51 de la SEDRONAR del año 1998).

Haremos una breve referencia a la normativa sanitaria referida al complejo VIH-SIDA, dada la fuerte asociación con el uso inyectable de drogas ya señalada.

› Declaración de interés nacional de la lucha contra el SIDA como problemática de salud (Ley 23.798 del año 1990).

› Cobertura obligatoria por VIH/SIDA y/o drogadicción de los afiliados a las obras sociales incluidas en la Ley 23.660, recipendarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661 (Ley 24.455 del año 1995).

› Programa Médico Obligatorio para las obras sociales (Resolución 247 del MSAS del año 1996).

› Programa Médico Obligatorio para las empresas de medicina prepaga (Ley 24.754 del año 1996).

› Programa de Cobertura de VIH-SIDA y Programa de Prevención del SIDA, para todas las obras sociales y empresas de medicina prepaga. (Resolución 625 del MSAS del año 1997).

Cabe destacar que la legalidad no ha significado la aplicación generalizada de esos principios, habiendo diferencias operativas sustanciales entre las entidades, que inciden en las prestaciones que reciben los sujetos. Por otra parte, el mayor peso de la atención por VIH/SIDA recae en el sector público.

En relación con la **asistencia específica relacionada con el consumo de drogas** existe una única institución nacional:

el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO). Este es un centro de referencia para todo el país. Cuenta con Servicio de Internación, Hospital de Día y Consultorios Externos, con una dotación de 70 camas y, aproximadamente, 114 profesionales de los cuales más del 40% son concurrentes o voluntarios.

La Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires formalizó la creación de la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones (R.M.S.A.) por Decreto 1757/90. El Gobierno de la Ciudad, a través de la creación del Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencias, estructuró la Red, que cuenta con servicios de asistencia ambulatoria y con guardia toxicológica (24 horas) en los Hospitales Fernández, Elizalde y Gutiérrez.

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, por Decreto del 6 de julio de 1993, se creó la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Según una publicación de dicha Secretaría, existen en la provincia 110 servicios asistenciales, distribuidos en 18 Regiones Preventivo-Asistenciales (Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, 1998). Tanto en la Ciudad como en la Provincia de Buenos Aires existen además, servicios de ayuda telefónica.

En el campo de la prevención y asistencia para la problemática de los usuarios de drogas, las organizaciones no gubernamentales cumplen un rol muy importante, habiendo un registro de más de cien ONGs. Parte del financiamiento de los tratamientos en estas instituciones son cubiertos a través de becas otorgadas por la SEDRONAR y por el Consejo Nacional del Menor y la Familia. Hasta la fecha, estos organismos cubren sólo los tratamientos de internación.

En relación a la asistencia, es posible observar una disociación importante entre los servicios de asistencia a la proble-

mática del uso de drogas y los vinculados a la atención por VIH/SIDA.

2.2.5. Vacíos en la información

A modo de análisis de los datos del contexto general, creemos pertinente marcar algunos déficits con los cuales nos hemos encontrado y que constituyen vacíos importantes en la información si pensamos en acciones tendientes a la reducción del daño:

- › Escasa actualización de los datos existentes. Muchos de los trabajos a los que accedimos eran de la primera mitad de esta década. Estos datos eran ricos para contextualizar históricamente la problemática pero poco nos decían de la situación actual del uso de drogas.

- › Escasa producción de datos acerca de la vía de consumo. Los trabajos consultados en general ponen el énfasis en el tipo de sustancia consumida y no en la vía de uso.

- › En casi la totalidad de las investigaciones, se hace referencia a población que consultó en centros de tratamiento o población internada, pero encontramos sólo dos trabajos, que indagan información de población no vinculada con instituciones de tratamiento en el momento de realización de las investigaciones.

- › Por último, otro aspecto a considerar es el referido al desconocimiento de datos globales acerca de la población que vive con VIH y en forma particular, la incidencia del consumo de drogas inyectables y su relación con el VIH. Los escasos datos registrados en este sentido también refieren siempre a población que consultó en algún centro asistencial.

2. 3. Perfil del uso inyectable de drogas en Buenos Aires

Teniendo en cuenta esos vacíos en la información, se desarrolló un estudio en el que se indagó acerca de las características de la práctica de uso inyectable, entre UDIs actuales no internados al momento de la entrevista.

El estudio fue exploratorio y su diseño se realizó teniendo en cuenta que íbamos a intervenir.

Inicialmente se procedió a la capacitación del equipo de investigadores en los principios de la metodología de Evaluación y Respuesta Rápida y se realizó un entrenamiento referido a las técnicas de recolección de datos y al registro de la información.

Antes de comenzar el campo, se discutieron y acordaron aspectos éticos de la investigación, estableciendo los procedimientos que garantizaran la confidencialidad de la información y el anonimato de los entrevistados. Asimismo, se establecieron las normas y procedimientos de seguridad para el equipo de investigadores. A estos fines, se concertó la asesoría legal del Estudio de Carlos Andrada y Juan Carlos Vasco Martínez.

Con la intención de preparar una estrategia de intervención que contemplara la intermediación con los servicios sociales y de salud a fin de facilitar el acceso de los usuarios de drogas -en especial de aquéllos que viven con VIH/SIDA- y con el objeto de responder adecuadamente a posibles demandas de los sujetos entrevistados, se procedió a efectuar un relevamiento de recursos existentes y a establecer canales de referencia y contrarreferencia. Se contactaron 36 instituciones públicas y privadas, que abarcaron el siguiente espectro de prescripciones:

Asesoramiento y patrocinio jurídico
Alojamiento transitorio
Obtención de documentación
Tramitación de pensiones
Atención primaria de salud
Atención en Salud Mental
Atención médico-psicológica por VIH/SIDA
Desintoxicación y urgencias toxicológicas
Tratamiento de rehabilitación por uso de drogas

El trabajo de campo se inició en el mes de noviembre de 1998 y consistió en entrevistas a informantes clave y entrevistas a usuarios de drogas inyectables, cuyos resultados exponemos a continuación.

2.3.1. Informantes clave

Las entrevistas iniciales a informantes clave, ayudaron a lograr el acceso a la población de UDIs y a definir el contenido del instrumento de recolección de datos.

Se entrevistaron 60 informantes clave, los que fueron categorizados en:

a. "usuarios de drogas": personas que pueden proveer información de su propia experiencia con el uso de drogas sea inyectable o no;

b. "intermediarios no usuarios de drogas": personas que tienen contacto cercano con usuarios de drogas, tales como personas con trabajo barrial, dirigentes de organizaciones comunitarias, personas con contactos con grupos como "barras bravas", travestis, trabajadores sexuales, músicos, artesanos.

c. "profesionales": personas que trabajan con usuarios de drogas o trabajan para prevenir o resolver problemas relacionados con las drogas, en el gobierno o en el ámbito no guber-

namental. Entrevistamos profesionales de instituciones de salud, de minoridad y/o de tratamiento por drogas, entre los que había trabajadores sociales, médicos, psicólogos, enfermeros, operadores de comunidad terapéutica, antropólogos, farmacéuticos, odontólogos y abogados.

Los principales temas indagados en las entrevistas fueron:

Conocimientos y percepciones sobre diferentes tipos de usos de drogas.

Disponibilidad de drogas incluyendo aquellas que se puedan inyectar.

Opiniones sobre el uso e inyección de diferentes drogas.

Características y extensión del uso de drogas y del uso de drogas por vía inyectable.

Tendencias en el tiempo respecto de la incidencia y prevalencia del uso de drogas y del uso de drogas por vía inyectable.

Características sociales de los usuarios de drogas y de los usuarios de drogas por vía inyectable.

Trayectoria del uso inyectable en el uso de drogas.

Localización geográfica de los usuarios de drogas por vía inyectable.

Normas comunitarias sobre distintas drogas y formas de usarlas.

El impacto de las condiciones sociales, económicas y culturales sobre el uso de drogas por vía inyectable.

El impacto de las políticas nacionales y locales sobre el uso de drogas por vía inyectable.

La información obtenida permite las siguientes observaciones:

› Hubo coincidencia en que el uso de cocaína ha crecido en la ciudad de Buenos Aires y en el conurbano en los últimos 10 años. La vía de administración más reconocida es la inhala-

ción. Se la identifica como la droga preferida para uso inyectable.

› Durante los '80, el uso de la cocaína era más frecuente en los sectores medios y altos; después del '86 empezó a llegar a los lugares más pobres. En el '89, la cocaína empezó a ser más barata. Muchos entrevistados mencionan que el precio de la cocaína ha descendido comparado con el costo que tenía hace 10 años. Hay muchos más puntos de venta y la calidad de la sustancia varía mucho. En algunos lugares, una dosis puede comprarse a 3 pesos. También se indica que hace una década era más difícil negociar con la policía para evitar el encarcelamiento si uno era detenido con sustancias ilegales.

› Muchos de los entrevistados coinciden en que, en un promedio de entre cinco y diez años atrás, los usuarios de drogas inyectables comunicaban su práctica inyectable en los ámbitos sanitarios sin ocultarla como se observa actualmente.

› No identificaron espacios públicos en los que se realice el uso inyectable de drogas.

› Hay entrevistados que señalan a los sectores en situación de pobreza como los que menos se cuidan y los que tienen mayor deterioro respecto de la calidad de lo que usan para drogarse, así como del tipo de jeringas y de agujas de que disponen.

› Algunos entrevistados identifican a los UDIs como grupos muy cerrados o gente que desarrolla su práctica en soledad, subrayando las diferencias entre quienes consumen drogas por esa vía y el resto de los usuarios de drogas.

› Entre los profesionales de la salud, hay tres supuestos diferentes acerca de la menor afluencia de UDIs a los servicios de atención:

a) Algunos consideran que los UDIs hablan menos de su práctica que antes, porque se sienten discriminados.

b) Otros infieren que hay menor difusión de la práctica

inyectable que hace unos años, a raíz del gran número de UDIs con resultado positivo para el VIH y de los que ya han muerto de SIDA.

c) Otros piensan que la confianza en la eficacia de los nuevos tratamientos para el VIH hace que los UDIs no sientan urgencia en acercarse a los servicios asistenciales, ya que perciben que la medicación va a ser igual de efectiva aunque tarden en llegar .

› Varios entrevistados coinciden que existe el uso inyectable entre menores de 18 años, pero que es mucho menos visible. También se observa que llegan en mucho menor número a las instituciones que alojan adolescentes, tales como los institutos de menores.

› Hay una percepción generalizada entre los informantes clave que actualmente la práctica inyectable está menos difundida.

Las entrevistas realizadas a personas que consumieron drogas por vía inyectable hace veinte y hace diez años atrás, permitieron reconstruir una aproximación a la historia del uso inyectable en la Ciudad de Buenos Aires. Entre los datos que hacen alusión a ese período, se resaltaron los siguientes temas:

1. **¿Qué se consumía por vía inyectable?:** Morfina, cocaína, ácido lisérgico (LSD), vino, whisky, agua mineral, Ketalar (anestésico), alcohol diluido, colirios, sales de anfetamina, opio, medicamentos (con codeína principalmente). Muchas de estas sustancias se siguen consumiendo en la actualidad; otras, como las sales de anfetamina o el opio, fueron más frecuentes en el consumo del período aludido.

2. **¿Cómo se consumía?:** Se usaban jeringas de vidrio y su uso podía ser compartido entre diez personas o más. Más adelante empezaron a aparecer las jeringas descartables y se elegían especialmente las que se emplean para aplicar insulina.

Para mezclar la droga muchos usaban la tapa de la mayonesa o la tapa del vino que era de metal. Se indica que cuando había una única jeringa, el dueño la usaba primero.

Ayudar a otro a sostener el brazo, o acompañarlo en un posible accidente durante el consumo, fueron significados atribuidos al uso grupal de drogas inyectables.

3. El consumo entre los más jóvenes: Se indica que el consumo entre las personas que viven en la calle, especialmente los más jóvenes, era de pegamentos, marihuana, cocaína y medicamentos, en un orden decreciente. Hace una década, era más fácil encontrar usuarios inyectables entre los 15 y los 18 años y era una práctica asociada con la afirmación de la masculinidad.

4. ¿Con qué se mezclaba la cocaína?: Se aludió a bórax, Geniol (aspirina), Bifidosa (leche en polvo neonatal), Glucolín (sacarosa), Xilocaína en polvo (anestésico), bicarbonato de sodio, azúcar, leche, anfetaminas. También se señala la mezcla con vidrio molido. La mezcla es llamada "corte" y es realizada por los vendedores para aumentar el número de dosis disponibles para la comercialización.

5. Conocimiento acerca del VIH: En el '85, el VIH no se conocía entre los UDIs. En el '87 se sabía algo más en algunos sectores con mayor acceso a la información, pero continuó habiendo muy poca difusión referida a las enfermedades de transmisión sexual, las hepatitis y el VIH en los ámbitos más excluidos.

2.3.2. Entrevistas a usuarios inyectables de drogas

Se realizaron 60 entrevistas en profundidad a UDIs de Buenos Aires.

La muestra de UDIs fue no probabilística intencional. Se

llegó a la población por medio de la técnica de bola de nieve, que consiste en pedir a cada sujeto encontrado que presente uno o más sujetos que sean adecuados para el estudio. Este tipo de técnica de recolección de datos es muy empleada para el estudio de poblaciones ocultas.

Los criterios de selección de los entrevistados incluyeron varones y mujeres que hicieran uso de drogas inyectables en el último año, que no estuvieran internados en centros de tratamiento por drogas, ni en instituciones carcelarias o manicomios y que habitaran en Buenos Aires.

La guía para las entrevistas en profundidad a la población en estudio indagó acerca de información socio-demográfica, prácticas de uso de drogas por vía inyectable, prácticas sexuales, problemas legales y de salud. La guía de entrevista tiene preguntas abiertas y cerradas.

Se realizó una prueba piloto del instrumento con cinco entrevistas, las que permitieron la corroboración y reformulación de preguntas, la inclusión de nuevas preguntas no contempladas en el diseño inicial y el ajuste de las categorías. Cada entrevista insumió 90 minutos en promedio.

El diseño definitivo incluye 197 preguntas, que indagan sobre las siguientes áreas de interés:

- a) Sexo, edad, traslados y mudanzas.
- b) Relaciones de pareja.
- c) Hijos
- d) Grupo de convivencia
- e) Amigos
- f) Estudios
- g) Trabajo
- h) Ocupación del grupo de convivencia
- i) Vivienda
- j) Uso de drogas
- k) Uso inyectable de drogas

- l) Prácticas sexuales
- m) Atención de salud
- n) Problemas legales
- o) Problemas de salud
- p) Redes de solidaridad
- q) Prevención

Uno de nuestros objetivos era iniciar intervenciones preventivas en la población UDI, por lo que necesitábamos ubicar a un conjunto de sujetos que tuvieran algún tipo de vinculación entre sí. En los primeros meses, encontramos muchas dificultades para conseguir información. Además, los UDIs en la Ciudad de Buenos Aires fueron muy difíciles de ubicar y entrevistar. Fue más sencillo encontrar redes visibles en el conurbano, por lo que conseguimos localizar el proyecto en la zona de Avellaneda donde pudimos acceder a una red de UDIs. 38 de las 60 entrevistas corresponden a esa zona. El resto de las entrevistas fueron realizadas a personas que viven en diferentes barrios de la Ciudad de Buenos Aires o del conurbano.

Si bien los informantes clave nos citaron ejemplos de uso inyectable en todos los sectores sociales, nosotros llegamos a sectores medios y bajos, lo que no significa que la práctica se circunscriba sólo a esos grupos sociales. Tanto el Hospital "Muñiz" en la Ciudad de Buenos Aires, como el Hospital "Posadas" en la zona oeste del conurbano bonaerense y la organización no gubernamental "Narcóticos Anónimos", nos facilitaron el contacto con algunos de los UDIs. No conseguimos acceso aunque lo intentamos, ni en el Hospital de Pediatría "Garrahan" ni en el servicio de Toxicología del Hospital "Fernández".

Los resultados que a continuación presentamos constituyen una primera aproximación al conjunto de información recolectada. Muchas de las preguntas abiertas requieren ma-

por cantidad de tiempo para su análisis. El procesamiento de los datos estuvo a cargo de Fabián Czajka.

1. Sexo

El 85% de nuestra muestra son varones y el 15% son mujeres. Tuvimos especial interés en encontrar mujeres UDIs, ya que parece ser una práctica mucho más propia de los varones; las UDIs están mucho más estigmatizadas y también más ocultas.

2. Edad

Entrevistamos personas entre los 19 y los 45 años.

Segmentos de edad	Distribución de la muestra	Distribución EPH
19 a 24 años	20%	29%
25 a 29 años	28%	19%
30 a 35 años	40%	20%
36 a 41 años	5%	18%
42 a 45 años	7%	14%

La distribución de edad de la muestra difiere de la población de Buenos Aires –según la Encuesta Permanente de Hogares de Capital y Gran Buenos Aires de mayo de 1999–, concentrándose de manera clara en el intervalo 25-35 y disminuyendo en los intervalos 36-41, 42-45. La muestra es más joven que la población general. Los entrevistados a los que llegamos pertenecían en muchos casos a una red de conocidos de edades semejantes.

Al mismo tiempo, comparando el dato de la muestra con la distribución por grupos de edad de las personas con SIDA por UDI (57%), tenemos una menor concentración de perso-

nas entre 19 y 29 años (48%).

3. Relaciones de pareja

Estado Civil	Distribución de la muestra	Distribución EPH
Soltero	68%	39%
Casado	17%	39%
Concubino	10%	16%
Divorciado/Separado	5%	5%
Viudo	0%	1%

El estado civil reconocido por los entrevistados indica que un 68% es soltero, mientras que un 17% es casado. Hay una mayor proporción de solteros y una menor proporción de casados en relación con la distribución de la población general en Capital y Gran Buenos Aires. Sin embargo, un 65% tiene pareja actualmente, lo que indica que son solteros, pero tienen pareja. El 37% convive con su pareja actual.

De los que conviven en pareja, un 68% lo hace desde 4 años o más, un 23% convive desde hace 1 a 3 años y sólo un 9% desde hace menos de un año. Este dato muestra la permanencia del vínculo conviviente en una proporción importante de entrevistados.

A todos los entrevistados les preguntamos primero si tenían pareja y después si tenían algún otro tipo de relación. El 35% del total contestó que tiene otro tipo de relación y ese porcentaje se distribuye equitativamente entre los que tienen y los que no tienen pareja. Este dato es importante especialmente si lo relacionamos con el uso de protección en las relaciones sexuales y la tendencia entre nuestros entrevistados de un menor porcentaje de uso de preservativo con la pareja conviviente, que después analizaremos.

4. Hijos

El 63% de los entrevistados tiene al menos un hijo. Hay un 40% que tiene solo un hijo y un 29% que tiene más de 3.

Estado Civil	Porcentaje que tiene hijos
Soltero	54%
Casado	80%
Concubino	84%
Divorciado	100%
Separado	100%

Los que han tenido o tienen una pareja actualmente son quienes tienen hijos en mayor porcentaje. Más de la mitad de los que se declaran solteros también tienen hijos.

¿Con quién viven los hijos?	Porcentaje
Todos con el entrevistado	34%
Algunos con el entrevistado	8%
Ninguno con el entrevistado	58%

Hay una proporción importante de entrevistados que no viven con sus hijos. Este dato es más claro si lo analizamos según el estado civil.

Estado Civil	Porcentaje que NO vive con sus hijos
Soltero	77%
Casado	12%
Concubino	20%
Divorciado	100%
Separado	100%

La situación de pareja parece ser muy determinante para

mantener la convivencia con los hijos. Consideramos que por ser una población eminentemente masculina, es más frecuente que los hijos permanezcan con la madre.

Hubo un 10% de entrevistados que comentaron la muerte de algún hijo, atribuyendo los motivos a problemas previos y posteriores al parto. Sólo una persona mencionó el VIH como causa de muerte de un hijo.

5. Grupo de convivencia

Respecto del grupo de convivencia, además del 37% que vive con su pareja, un 38% vive con la madre, un 27% con el padre y un 28% con los hermanos. Un 2% vive con amigos y un 10% vive solo. Esta pregunta tuvo respuestas múltiples, pero indica claramente la alta proporción de entrevistados que vive con sus familiares directos en relación con los que viven solos o con amigos.

Si analizamos este dato junto con el de las redes de solidaridad, el resultado es que:

a) cuando preguntamos a quién recurren cuando tienen problemas de salud, la respuesta mayoritaria fue a los hospitales y a la madre;

b) cuando tienen problemas de trabajo, recurren a los padres o a nadie;

c) cuando tienen problemas de pareja recurren a amigos, pero la mitad no recurre a nadie;

d) un 33% dice que nadie recurre a ellos en situaciones semejantes.

Por otra parte, sólo un 15% de los entrevistados aportan el principal ingreso del grupo de convivencia. El 48% de los entrevistados reciben ayuda económica de parte de uno o dos familiares directos. La ayuda suele consistir en dinero y alimentos. A su vez, el 22% del total ayuda a su madre de vez en

cuando.

Esta información indica que la referencia más importante en la vida cotidiana son los parientes directos, especialmente la madre.

6. Amigos

El 32% no tiene amigos. La mayoría ha cambiado alguna vez de amigos, especialmente al haber ingresado a un programa de tratamiento por drogas, donde suele ser una indicación del tratamiento. De los que tienen amigos de ambos sexos, un 20% menciona que no tiene amigos mujeres. Sus relaciones de amistad son principalmente con otros varones (66%).

Hay un 45% que dice que le cuesta hacer amigos. La mayoría lo atribuye a sus características personales, otros a la desconfianza que tienen de la gente o porque sólo buscan relacionarse con otros usuarios de drogas. En las parejas, los amigos suelen ser del varón y no de los dos.

7. Nivel de instrucción

Nivel de Instrucción	Distrib. de la muestra	Distrib. EPH
Primaria incompleta	15%	5%
Primaria completa	32%	24%
Secundaria incompl.	32%	22%
Secundaria completa	18%	19%
Terciaria	2%	7%
Universitaria	1%	24%

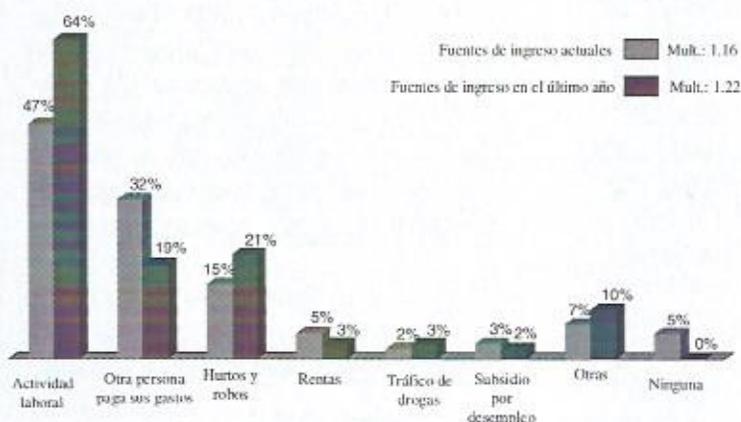
El nivel de instrucción es bajo en relación con la población general y muestra interrupción de ciclos de escolaridad. Sólo un 3% estudia algo actualmente. Comparando el nivel de instrucción de la muestra con el de los casos de SIDA por vía

inyectable, surge que los niveles de escolaridad son más altos en nuestra muestra: entre los casos de SIDA por UDI, un 61% no accedió a estudios secundarios y ninguno de ellos accedió al nivel terciario o universitario.

8. Ocupación

El 50% trabaja actualmente.

Sus principales fuentes de ingresos son las que detalla el gráfico:



Base: 60 personas

Comparando en este gráfico las fuentes de ingreso actuales con las fuentes de ingreso en el último año, se puede ver que un 64% tenía actividad laboral contra un 50% que la tiene actualmente. Ese 14% que perdió el trabajo pasó a ser ayudado por otros familiares.

¿En qué trabajan?

Tipo de empleo	%
Capacitado en relación de dependencia	10%
Capacitado independiente	13%
No capacitado en relación de dependencia	13%
No capacitado independiente	60%
Actividades ilegales	7%

Usamos estas categorías para describir a una población que tiene trabajos precarios y está sub-ocupada. Por eso consideramos sólo dos dimensiones: la relación de dependencia y la capacitación, entendida esta última como algún nivel de saber específico sobre la actividad laboral que desarrolla. Un 60% de los entrevistados tiene trabajos no calificados y sin relación de dependencia. Los trabajos enumerados fueron: vendedor, artesano, compostura de diferentes objetos, tareas de limpieza, chofer, changarín en albañilería o pintura, empleado en diferentes rubros, panadero.

Un 56% tiene algún oficio o profesión, pero la inserción laboral en general no se relaciona con el oficio o profesión que tiene. Los tipos de oficio y actividades laborales mencionados fueron:

Carnicero, panadero, 2 maquinistas inyector de plástico, maquinista de exportación, bancaria, 3 albañiles, 4 pintores, técnico electrónico, gastronómico, 4 artesanos, 2 técnicos en informática, zapatero, prensador, electricista, empalmador telefónico, fotógrafa, operario metalúrgico, graboverificador, secretaria, músico, diseñadora publicitaria, armador vistero, 2 pasteleros, operador socio-terapéutico, colocador de membranas.

¿Cuántas horas trabajan?

Cantidad de horas semanales	%
Entre 7 y 20 hs. Semanales	39%
Entre 25 y 30 hs. Semanales	15%
Entre 40 y 42 horas	23%

En promedio trabajan 30 horas semanales (5 horas diarias), pero hay un 23% que trabaja 40 horas semanales o más.

9. Vivienda y barrio

El 38% de los entrevistados tiene vivienda propia y el 48% habita la vivienda de otros familiares. Un 17% comparte su vivienda con otras familias. Respecto de los servicios: un 85% está abonado a la luz y un 12% está conectado clandestinamente. La mitad de la muestra tiene gas de red y la otra mitad usa garrafa. El 92% tiene agua corriente. El 65% tiene cloacas, un 23% sólo pozo ciego y un 3% no tiene ningún sistema. Muy pocos entrevistados tenían teléfono.

El 87% nació en el área metropolitana y desde hace 20 años o más que vive en Buenos Aires, en el mismo barrio en la mayoría de los casos.

Es una población que ha permanecido mayoritariamente en el mismo barrio y no ha tenido demasiados traslados, habita en viviendas propias o de la familia, que cuentan con servicios.

10. Caracterización del perfil socio demográfico de la muestra

Todos estos datos indican que llegamos a una población que es mayoritariamente masculina, joven, soltera, con bajo nivel de instrucción, con empleos sin calificación y sin rela-

ción de dependencia. Muchos de ellos viven en zonas marginales de Buenos Aires y en general no son el principal sostén del hogar.

11. Uso de drogas

Edad de inicio en el consumo de drogas:

Los entrevistados refieren haber comenzado su uso de drogas en un rango de edad entre los 11 y los 25 años. Su uso inyectable comenzó en un rango que va de los 11 a los 30 años.

- › Uso de drogas en general: Edad promedio 15 años
- › Uso de drogas inyectables: Edad promedio 18 años

Hay una diferencia de tres años entre la edad promedio de inicio en el consumo de drogas por vía inyectable y por otras vías.

Un 44% de la población empezó a usar drogas inyectables entre los 17 y los 18 años y un 20% comenzó antes de los 17. El inicio del uso de drogas por otras vías se concentró entre los 12 y los 16 años, en un 78% de los casos.

Interrupciones en el uso de drogas:

El 80% interrumpió el uso de drogas alguna vez. Una proporción menor, el 56%, refiere haber recurrido a tratamiento para dejar el uso de drogas. Este dato muestra que excepto seis personas vinculadas a Narcóticos Anónimos que no estaban usando drogas al momento de la entrevista, todos los que hicieron tratamiento de abstinencia alguna vez, habían vuelto a consumir y no cambiaron de vía. Ello señala la importancia de promover medidas de reducción de daños durante el período en que los sujetos están en tratamiento.

¿Qué tipo de drogas usaron?

Cincuenta y una sustancias diferentes consumidas por

distintas vías fueron mencionadas por los entrevistados.

Las drogas que tuvieron más menciones entre las más usadas fueron: cocaína, marihuana, Rohypnol, ácido lisérgico, anfetaminas y alcohol.

Además se mencionaron: hashish; Artane; Rivotril; Ketalar; Tamilan; Aseptobron Unicap; Lexotanil; Valium; Trapax; Akineton; té de floripondio; pasta base; morfina; heroína; crack; Lentusin; éxtasis; opio; Romilar; Mandrax, pegamento; Klosidol; Talasa; Alplax; hongos alucinógenos; Ventolin; Brendalim; Ressigen; Codril; Madopar; metadona; Ticarda; Ampliactil; Amiodarona; Atenolol; Demerol; mepetidina; lanzaperfume; Nozinan; Primun; Ciclopentolato; Algispray; Halopidol; neoprene; Sosegon.

Hubo 25 menciones de diferentes drogas bajo la denominación general de opiáceos, psicofármacos, pastillas, ansiolíticos, té de yuyos, jarabes, codeína, gotas con codeína, barbitúricos, sedantes; que podrían ser alguna de las 51 sustancias mencionadas específicamente o alguna otra no incluida en esta lista. Las mezclas de drogas como psicofármacos con alcohol tuvieron 10 menciones.

En el caso de las drogas inyectables preferidas, las que tuvieron más menciones fueron la cocaína, las anfetaminas en forma de sal, la morfina, el alcohol y el Ketalar. Las drogas que usan habitualmente fueron cocaína en casi todos los casos, en mucha menor medida anfetaminas en forma de sal y cinco personas mencionaron, alcohol, Demerol, morfina, medicamentos con codeína y pasta base respectivamente.

Creemos que el alcohol tuvo menos menciones de las esperables, porque no siempre se lo reconoce como droga. El tabaco nunca fue mencionado. Es evidente que no entra en la definición de droga que tienen los entrevistados. Muchos aludían a sustancias por sus efectos farmacológicos sin identificarlas y se mencionó frecuentemente el uso combinado de

psicofármacos con alcohol.

12. Uso inyectable de drogas

Un 47% de los entrevistados se había inyectado al menos una vez en los últimos dos meses, por lo que la práctica era muy actual. Muchos entrevistados refirieron que habían usado drogas inyectables en la Navidad, identificando así la elección de un momento particular y significativo para el conjunto social.

Nombres del uso inyectable:

El uso inyectable tiene diversas denominaciones. Los nombres mencionados por los entrevistados fueron:

Gancho, pico, fix, escopeta, fierros, inga, inyección, chuto, grifo, picarse, pavo, arponazo, pincheto, ganarte, picadura, avispon, avispa, chute, el cosito, ese estúpido, vamo en esa, avioncito, arpón.

Muchas de estas palabras aluden a la jeringa, al acto de inyectarse o le dan un nombre en código para ser entendidos por otros que comparten la práctica. La palabra fix, podría provenir del término francés "fixer" que significa clavar, asegurar.

El uso inyectable la primera vez

La primera vez que se inyectaron siempre lo hicieron en compañía de alguien, que era un amigo, un conocido o un familiar, lo que indica la importancia del trabajo preventivo con pares usuarios de drogas, ya que son ellos los que enseñan a otros como iniciarse en el consumo y pueden también comunicar formas de evitar la transmisión de enfermedades.

Uso compartido del equipo de inyección:

Elementos	Compartió alguna vez	Comparte actualmente
Jeringas	75%	7%
Cucharas	77%	35%

Un porcentaje muy importante compartió la jeringa alguna vez. Entre los que refirieron no compartirla actualmente, constatamos que muchos de los entrevistados contestaron más por lo que suponían que queríamos escuchar, que por lo que hacen. Confirmamos con los reclutadores que el porcentaje de uso compartido de jeringas es mayor al 7% entre los integrantes de la muestra, pero indudablemente hay una tendencia a no compartir el material de inyección que se verifica en la mayoría de los casos de tres años a esta parte, tal como indica el siguiente cuadro.

¿Cuanto tiempo hace que dejaron de compartir la jeringa?

Más de 7 años	8%
Entre 6 y 4 años	7%
Entre 3 y 1 año	27%
Entre 12 y 7 meses	8%
Entre 6 y 4 meses	3%
Entre 3 meses y 1 mes	7%
No contesta	7%

No ocurre lo mismo con el resto del equipo de inyección. El recipiente donde se prepara la droga (cuchara, tapita o vaso) y el agua se comparten con más frecuencia que las agujas y jeringas.

Motivos del cambio en el uso compartido:

Los que nunca compartieron las jeringas mayoritariamente mencionan como motivos, el cuidado y el temor al SIDA, pero un 27% dice que no quería o no le gustaba compartirlas. Cuando hicimos la misma pregunta a los que dejaron de compartirlas aparecen tres razones: por cuidado, por temor al SIDA y por dejar temporalmente el consumo de drogas. Ninguno de ellos dijo que hubiera dejado de gustarle compartirlas. Las razones son similares para el resto del equipo de inyección. Esta diferencia de argumentos nos induce a analizar que en el caso de los que compartieron alguna vez el equipo de inyección, el placer de compartir no desapareció o al menos, los argumentos enunciados aluden al temor y a la obligación solamente, a diferencia de lo que dicen los que nunca compartieron.

Medidas adoptadas con el equipo compartido:

Respecto de las medidas que tomaron cuando compartieron las jeringas o el recipiente para preparar la droga, se mencionaron las siguientes:

Que hizo cuando compartió algún elemento	Jeringa	Recipiente
Uso como lo recibí	31%	61%
Lavó con agua fría	47%	17%
Lavó con agua caliente	13%	9%
Lavó con agua sucia	2%	2%
Lavó con alcohol	9%	9%
Hirvió	2%	0%
Otros	13%	4%
No contesta	0%	13%
Base	45 casos	46 casos

Aparentemente se tiene menos cuidado a la hora de com-

partir los recipientes donde se prepara la droga si lo comparamos con las jeringas. Hay mayor cantidad de gente que los ha usado como los recibió. Es menos frecuente el uso de filtros, algodón y lazo entre los sujetos que entrevistamos y no tenemos información suficiente como para hablar sobre hábitos respecto de estos tres objetos.

Acceso al material de inyección:

¿Dónde consiguen las Jeringas?

Farmacia	93%
Hospital	3%
Centro de salud	2%
Otros	10%

Esta pregunta tuvo multiplicidad de respuestas, pero es claro que casi todos consiguen las jeringas en la farmacia. El 70% de los entrevistados, las consigue en la farmacia del barrio. Cabe acotar que constatamos que hay buena disposición para vender jeringas a usuarios de drogas en las farmacias de la zona donde se concentraron la mayor parte de nuestros entrevistados.

Lugares donde se inyectan:

Lugar del cuerpo	Porcentaje
Antebrazos	90%
Manos	13%
Pies	10%
Piernas	10%
Muñecas	5%
Tobillos	5%
Otros	3%

También esta pregunta tuvo respuesta múltiple. Los entrevistados tienen más de un lugar del cuerpo en donde se inyectan habitualmente, pero prefieren el antebrazo porque allí están las mejores venas, por comodidad, o porque es donde aprendieron a inyectarse. Muchas veces se eligen otros lugares del cuerpo para que no se note la marca.

Con respecto a los espacios físicos donde se inyectan, el 60% de los entrevistados lo hace habitualmente en su casa y el 27% en casa de amigos. Prevalece el ámbito privado como lugar donde se desarrolla la práctica inyectable, pero hay un 10% que lo hizo alguna vez en la calle. Los entrevistados nombran entre uno y dos sitios donde se inyectan.

Los entrevistados conocen entre uno y dos tipos de lugares donde la gente se reúne para inyectarse y en general los describen como casas de amigos o lugares abandonados (fábricas, casas, baldíos). Nuevamente aparece el ámbito privado o lugares abandonados donde no existen condiciones de higiene. Fueron descriptos como lugares muy deteriorados.

Compañeros de uso inyectable:

Al contestar con quiénes se inyectan, también nos encontramos con respuestas múltiples, lo que explica los siguientes porcentajes. El 52% de los entrevistados se inyecta solo; el 71% con amigos, con el grupo de siempre o con conocidos; el 17% con su pareja y sólo una persona dice que se inyecta con cualquiera. Los que se inyectan solos son un porcentaje relativamente alto frente a los que se inyectan con otros y cabe destacar que las mujeres UDIs que están en pareja con UDIs, se inyectan con ellos. Los entrevistados mencionan entre una y dos situaciones promedio.

Frecuencia de inyección:

Buscamos diferencias entre el grupo de usuarios que se

inyecta más seguido y el que se inyecta con menor frecuencia. En el grupo que se inyecta más seguido hay una tendencia a conseguir la droga en el mismo lugar y todos consiguen la jeringa en la farmacia. El estado de ánimo y tener dinero es lo que más influye en la frecuencia de inyección. Si tienen dinero, los dos grupos se inyectan más. Pareciera haber una tendencia a que los que se inyectan una vez por semana o más, compartan con más frecuencia el resto del equipo y que lo usen como lo reciben.

13. Sexo

Intercambio de sexo por drogas:

El 37% de los entrevistados intercambió alguna vez sexo por drogas

Sexo	Intercambió sexo por drogas alguna vez
Varones	31%
Mujeres	67%

Aunque sólo el 15% de la muestra son mujeres, es importante señalar que parece ser más frecuente esa práctica entre ellas. Algunos de los varones que refieren intercambio de sexo por drogas también hablan de prácticas sexuales con personas del mismo sexo.

Formas de penetración:

Cuando preguntamos acerca de las formas de penetración que conocían, la que tuvo más menciones fue la vaginal, luego la anal y sólo un 47% mencionó la oral, lo que hace pensar que muchos no la reconocen como forma de penetración, como la vaginal o la anal.

Las relaciones vaginales son más frecuentes para un 98%

de los entrevistados.

Frecuencia y compañeros sexuales:

En cuanto a la frecuencia, el 41% de los entrevistados dijo que tenía relaciones sexuales entre 2 y 6 veces a la semana, un 20% menos de una vez al mes y un 15% todos los días. Este dato tiene importancia si lo relacionamos con el uso de preservativo.

El 58% tiene relaciones sexuales con una única persona, el 25% con parejas ocasionales, el 20% con más de una persona y un 5% dice tenerlas con trabajadoras sexuales. La población de la muestra tiene una elección eminentemente heterosexual. Un 26% dice haber tenido relaciones sexuales con alguien del mismo sexo y 3% con personas de ambos sexos. El 62% tuvo relaciones sexuales con otro/a usuario/a de drogas inyectables. Ello hace evidente que es una población principalmente masculina, que tiene relaciones con mujeres, mantuvo relaciones sexuales con UDIs, pero en general no eligen UDIs como pareja.

Uso del preservativo:

Uso del preservativo	Total de la Muestra	Sin Pareja	Con pareja no conviviente	Con pareja conviviente
Usa preservativo	58%	67%	71%	41%
No usa Preservativo	42%	33%	29%	59%
Base	60	21	17	22

Un 42% declara no usar preservativos. El uso del preservativo es menor entre los entrevistados que conviven con su pareja. También, se observa un menor uso del preservativo entre

los entrevistados que tienen relaciones con una única persona.

En el 58% de los casos el hombre coloca el preservativo y en el 33% lo coloca él o ella.

El 38% dice haber tenido problemas con el uso del preservativo.

Opinión acerca de supuestos:

También indagamos su opinión sobre dos supuestos:

“Se dice que son los hombres los que no quieren usar preservativos”

De acuerdo con la frase:	el 67%
Está en desacuerdo:	el 15%
No Contesta:	el 18%

“Se dice que cuando estás drogado no se usan preservativos”

De acuerdo con la frase:	el 52%
Está en desacuerdo:	el 16%
No Contesta:	el 32%

Con la primer frase hubo mayor adhesión y menor número de personas que no contestaron. La última frase produjo más controversia y dio lugar a opiniones que, como en tantos otros temas del cuestionario, aún necesitamos analizar y profundizar. Un 80% refiere cambios en su comportamiento sexual, debido al uso de drogas, si bien las características de esos cambios, quedan para la próxima etapa del análisis. El uso de drogas influye en el comportamiento sexual, pero no está necesariamente asociado a un incremento del número de contactos sexuales y a la pérdida del cuidado de sí y de la pareja sexual.

Los estudios cualitativos entre UDIs de heroína en Londres, mostraron que compartir el equipo de inyección ya no es

visto como un comportamiento aceptable, excepto en algunas redes sociales cerradas y entre parejas sexuales. Sin embargo, el sexo sin protección todavía puede ser visto como un riesgo aceptable entre la mayoría de los UDIs de las ciudades de los países centrales estudiados. "A grandes rasgos, las normas sociales, reglas y rutinas del comportamiento heterosexual sustentan una cultura que legitima el sexo sin protección como una parte importante y significativa de las relaciones. Este suele ser el sentido tanto entre personas que se inyectan como entre las que no se inyectan y en poblaciones que no usan drogas" (Stimson, Des Jarlais y Ball; 1998).

Un único entrevistado se sintió inhibido para dar información sobre prácticas sexuales a una entrevistadora mujer. Muchas preguntas referidas a prácticas sexuales fueron abiertas y necesitamos más tiempo para interpretarlas.

14. Salud-enfermedad-atención

Las 60 personas que entrevistamos nos dan un panorama de la situación y la percepción de salud de un conjunto de personas dispersas geográficamente que tienen en común una práctica de uso de drogas.

Ayuda gubernamental:

De los datos socio-demográficos surge que las condiciones de vida de la población que entrevistamos son muy difíciles en la mayoría de los casos. Por eso cobra mayor significación el saber qué tipo de ayuda están recibiendo de parte del Estado. Le preguntamos a los entrevistados si recibían algún tipo de ayuda gubernamental y en qué consistía. Sólo 18% del total respondieron que recibían alguna forma de ayuda, concentrada principalmente en asistencia alimentaria, que un 45% de los que respondieron, recibe. Sólo 3 personas (5%) respon-

dieron que reciben medicamentos y otras dos (3%) tienen una pensión. Ello muestra una vinculación muy precaria de muchos de ellos con los recursos disponibles en las diferentes áreas de prestaciones sociales.

Atención de los problemas de salud:

Toda una parte de la entrevista estuvo dedicada a averiguar sobre problemas de salud y vínculos con el sistema de atención.

Lugares	Porcentaje
Hospital Público	86%
Centro de Salud	12%
Obra Social	2%
Consulta Privada	2%
Otros	7%

El 86% de los entrevistados atiende sus problemas de salud en los hospitales públicos y un 12% en centros de salud. La relación con el ámbito privado y con obras sociales es prácticamente nula. La mayor proporción de entrevistados mencionó al Hospital "Presidente Perón", al Hospital "Muñiz" y al Hospital "Fiorito" como los lugares donde busca asistencia. Ello se explica por el gran número de entrevistados a los que llegamos que habitan en la zona sur.

Internaciones:

Otra pregunta aludía a si había estado internado alguna vez. El 58% de los entrevistados había estado internado por diferentes motivos. El mayor porcentaje de ellos, un 35%, aludió a problemas pulmonares entre los cuales aparecía la tuberculosis y la neumonía. En grado de importancia, continuaron las heridas de bala, arma blanca o golpes, por las que estuvo

internado el 21%. El 15% recurrió a la internación por alguna intervención quirúrgica. Un 9% refiere haber estado internado por problemas relacionados con el SIDA. Del resto de los problemas mencionados, cabe destacar que un 9% estuvo internado por problemas con el uso de drogas, un 6% por problemas hepáticos que incluyen hepatitis B y C y un 6% por problemas psiquiátricos.

De este panorama quisimos saber más sobre los problemas relacionados con el uso de drogas y hubo una pregunta específica al respecto, que dio como resultado que un 56% de los entrevistados estuvo en tratamiento por drogas alguna vez. De ellos, el 74% estuvo internado entre una y dos veces. De ese grupo, un 42% estuvo en una comunidad terapéutica, un 15% recurrió a un grupo de apoyo religioso, otro 15% a grupos de auto-ayuda y un 12% estuvo en psicoterapia. El resto se dispersa en otros tratamientos. Estos datos muestran que cuando preguntamos sobre internación en general, la gente pensó en los hospitales y no en centros de tratamientos por drogas y no incluyó esa particular experiencia de internación. Otro análisis que se desprende es que no llegan al sector público de atención para su tratamiento por drogas, contrariamente a lo que ocurre con sus problemas de salud en general. Un interrogante que nos sugiere esta información es si las personas que usan drogas consideran esta situación como un problema de salud o no.

VIH/SIDA:

En otra parte de la entrevista indagamos acerca del VIH/SIDA. Un 70% de los entrevistados se había hecho el test de VIH. De ellos, un 57% tuvo resultado positivo. Este dato nos recordó un estudio realizado por el equipo que integra el Dr. Benetucci en el Hospital "Muñiz", en el que se indicaba que de todos los usuarios de drogas inyectables entrevistados entre

1987 y 1996, 7 de cada 10 tenían un resultado positivo al VIH (Oliva et al.; 1997). Nuestros resultados indican que en la muestra de nuestro estudio, 6 de cada 10 personas que hicieron el test tiene resultado positivo. Surgió del grupo de personas que no había realizado el test, que varios de ellos tenían la percepción de vivir con el VIH y no querían confirmarla, con lo que esa relación que señalamos probablemente aumentaría.

Considerando los datos del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, que realizó un análisis histórico de la relación de los diferentes riesgos y los casos de SIDA, tomando como base el año 1987 hasta 1996, entre los usuarios de drogas inyectables el crecimiento fue de altísima velocidad hasta 1994, aumentando más de 70 veces el número de casos, y una tendencia a la estabilización a partir de ese año.

Es interesante pensar esta tendencia en relación con nuestra muestra y observar los años en que estas personas obtuvieron el resultado del test.

Fecha del resultado positivo	Porcentaje
Más de 10 años	25%
Entre 9 y 5 años	29%
Entre 4 y 2 años	21%
1 año o menos	25%

Por un lado, un 54% conoce que vive con VIH hace más de 5 años. Considerando que sólo 3 personas manifiestan que reciben tratamiento con medicamentos para el SIDA y que todos ellos continuaron usando otras drogas por diferentes vías, hay una evidente gestión de su situación que necesita ser estudiada en profundidad a fin de interpretarla.

Por otra parte, es necesario pensar problemas como el de la adherencia en los tratamientos para el VIH. Muchas veces

no se tiene en cuenta que los usuarios de drogas saben mucho de drogas porque experimentan con ellas para encontrar el estado que les resulta más placentero. Considerar esta circunstancia, permite pensar que la recomendación de un tratamiento requerirá tener en cuenta esas experiencias que son patrimonio de los sujetos. Muchas de las prácticas de los usuarios de drogas son sistemáticas y periódicas. Pensar en aprovechar esa experiencia puede ayudar a la comunicación y continuidad en los tratamientos. La idea de algunos profesionales muchas veces se funda en el estereotipo del usuario de drogas, al que responsabilizan moralmente por sus problemas y no llegan a tratar de identificar las oportunidades que la experiencia de ese sujeto puede ofrecer para comenzar un tratamiento. El conocimiento de muchos de los entrevistados nos demostró que lo que para algunos es caos y desorganización en el consumo de drogas, para otros muchos es una serie de actos metódicos y organizados que pueden aprovecharse para la prevención y el tratamiento.

Otros problemas de salud:

Problemas de salud	Porcentaje
Enfermedades de transmisión sexual	38%
Tuberculosis	17%
Sobredosis	56%
Problemas de salud relacionados con UDI	68%
Hepatitis B y C	39%

Preguntamos también por las hepatitis, preocupados particularmente por la B y la C. Un 39% mencionó hepatitis y de ese grupo, el 70% comunicó hepatitis C. Ello muestra una tendencia conocida y muy poco estudiada en la Argentina en relación con el impacto de la hepatitis C en los usuarios de drogas

inyectables.

Respecto de las enfermedades de transmisión sexual, un 38% las menciona, distribuyéndose principalmente en blenorragia, sífilis y herpes, lo que señala problemas con el uso del preservativo.

Con relación a la tuberculosis, un 17% dice haberla tenido.

Un tema que es muy importante para evaluar es el de las sobredosis. El 56% respondió que había tenido sobredosis. Un punto fundamental a analizar es con qué definición de sobredosis está trabajando el campo sanitario y cuál es la que tienen los usuarios de drogas. El investigador australiano Alex Woodak dice que "se comprende poco de las sobredosis y no hay criterios claramente establecidos para definir lo que constituye una sobredosis" (Stimson, Des Jarlais y Ball; 1998). Los entrevistados en general aludieron con sobredosis a pérdida de la conciencia y relatan que no suelen recurrir al campo sanitario para resolver la situación. Una condición de cuidado que describieron fue la de estar acompañados cuando se usan drogas inyectables, porque ese compañero puede actuar si se suscita la situación aludida. Una práctica muy referida fue la de realizar un corte en el dedo o en la mano para que sangre, con lo que ellos aseguran que consiguen salir del estado de sobredosis. Esa práctica nos recordó al antiguo uso de las sangrías en la Edad Media, ya que por lo que indagamos, no pareciera estar construida en base a argumentos médicos. Suponemos que puede estar anclada en la idea que el sangrado mejora el estado del sujeto, descomprime, vuelve a la conciencia.

Una pregunta cuyo resultado nos interesó mucho, fue si habían tenido algún problema de salud relacionado con el uso inyectable de drogas.

Problemas de salud	Porcentaje
Problemas respiratorios (neumonía, TBC)	17%
VIH/SIDA	12%
Hepatitis	12%
Abscesos, trombosis	12%
Problemas digestivos	8%
Dolores del cuerpo (piernas, músculos)	7%
Adelgazamiento	7%
Problemas de piel	3%
Fiebre	3%
Pérdida de embarazos	1%
Otros	18%

Si bien un 68% contestó que los había tenido, cuando mencionaban qué tipo de problemas, hicieron alusión a cuestiones muy superficiales y coyunturales tales como dolores del cuerpo, problemas de piel o adelgazamiento. El 17% mencionó los problemas respiratorios y sólo un 12% el VIH/SIDA, las hepatitis y los abscesos. Ello puede significar que no comprendieron el sentido de la pregunta. Pero también podría indicar que no encuentran una asociación clara entre la transmisión de esas enfermedades y el uso inyectable de drogas, lo cual es un indicador muy importante para trabajar respecto de la prevención.

Percepción acerca de las enfermedades más graves:

Finalmente, les preguntamos también, qué enfermedades consideran más graves.

Enfermedades más graves

- 1° Sida: 56 menciones
- 2° Cáncer: 34 menciones
- 3° TBC: 14 menciones

4° Hepatitis: 12 menciones

Enfermedades más graves entre sus conocidos

1° Sida: 42 menciones

2° Hepatitis: 9 menciones

3° TBC: 8 menciones

4° Cáncer: 5 menciones

Según el orden que indicaron, perciben como enfermedad más grave el SIDA, luego el cáncer, la tuberculosis y las hepatitis. Hicimos la misma pregunta en relación con la enfermedad más grave entre sus conocidos, lo que arrojó nuevamente al SIDA, pero en segundo lugar colocaron las hepatitis, la tuberculosis y por último el cáncer. Lo que muestra este dato, es que la percepción del cáncer como enfermedad más grave no se relaciona con su experiencia más cercana, lo que hace pensar que se expresa la representación social del cáncer como enfermedad grave. Otro análisis es que el SIDA, las hepatitis y la tuberculosis son problemas muy mencionados como enfermedades frecuentes entre los conocidos, por lo que podrían estar asignándole un lugar importante entre las enfermedades más graves. Es evidente que no consideran el uso de drogas como una enfermedad grave, por lo que podríamos incluso continuar dudando si es percibida como enfermedad, tal como lo hicimos ante las respuestas acerca de las internaciones por problemas de salud, en las que no se incluyó a los tratamientos de drogas.

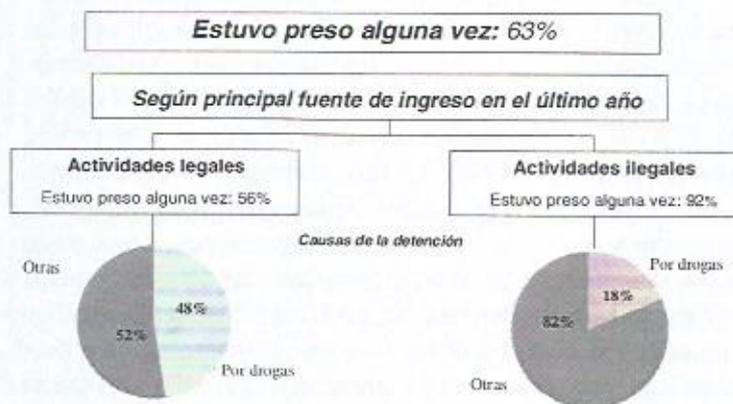
15. Problemas legales

Indagamos por la vinculación de la población con el sistema penal-penitenciario. Un 63% estuvo preso alguna vez. De estos, un 79% estuvo preso más de una vez. Prácticamente

el total de ellos estuvo detenido desde unos días hasta 11 meses. La causa de detención fue por drogas ilegales en un 38% de los casos.

Un 21% del total de casos estuvo internado en institutos para menores desde unos días hasta 11 meses, pero sólo un 18% de ellos estuvo detenido por drogas ilegales.

Contacto con el sistema penal



Base: 60 personas

Otra forma interesante de mirar estos datos es la siguiente: casi todos los que señalan que tuvieron actividades ilegales como fuente de ingreso en el último año, estuvieron presos alguna vez, a diferencia de los que tuvieron ingresos legales, que fueron presos en menor proporción. El motivo de la detención estuvo vinculado a las drogas, en mayor porcentaje en este último grupo.

Estos datos muestran una relación muy intensa de esta población con el sistema penal, si bien los períodos de detención no superan el año en la mayoría de los casos. También

pareciera que como adultos fueron más frecuentemente detenidos por drogas ilegales que cuando eran menores. El vínculo de esta población con el sistema penal parece ser más generalizado que con el sistema de salud.

16. Medidas preventivas

Las tres últimas preguntas de la entrevista se referían a su opinión acerca de distribuir mensajes dirigidos a UDIs respecto del cuidado de la salud, qué contenido tendrían esos mensajes y sus sugerencias. Sólo uno de los entrevistados estuvo en desacuerdo con distribuir esa información.

SINTEISIS

› *Uso de drogas*

La cocaína es la droga preferida para uso inyectable.

La edad de inicio del uso inyectable es en promedio tres años mayor que para las otras vías.

› *Prácticas inyectables*

Desde hace tres años se observa una tendencia a dejar de compartir el material de inyección entre UDIs.

Se nota una tendencia menos marcada a dejar de compartir el resto del equipo de inyección: agua y recipiente donde se mezcla la droga.

El estado de ánimo y tener dinero es lo que más influye en la frecuencia de inyección. Si tienen dinero todos se inyectarían más.

Los que se inyectan una vez por semana o más, comparten con más frecuencia el resto del equipo y lo usan como lo reciben.

Los UDIs están más ocultos y estigmatizados a partir de la asociación SIDA-Drogas; ello podría explicar la percepción generalizada de disminución del uso inyectable de drogas.

Las mujeres UDIs están más ocultas y más estigmatizadas que los varones.

› *Prácticas sexuales*

Población principalmente masculina, que tiene relaciones con mujeres, mantuvo relaciones sexuales con UDIs, pero sus parejas no suelen ser UDIs.

Los que tienen relaciones con una única persona usan preservativo en un porcentaje menor que aquellos que tienen relaciones con más de una persona.

El uso de drogas influye en el comportamiento sexual, pero no está necesariamente asociado a un incremento del número de contactos sexuales y a la pérdida del cuidado de sí y de la pareja sexual.

› *Relación con las instituciones*

El contacto de esta población con el sistema penal parece ser más generalizado que con el sistema de salud.

RECOMENDACIONES

› Necesidad de promover medidas de reducción de los daños en los tratamientos por el uso de drogas, dado el alto índice que vuelve a usarlas al salir de ellos.

› Información preventiva transmitida por pares usuarios de drogas a otros UDIs.

› Necesidad de hacer accesible información y material

descartable a usuarios de drogas inyectables a fin de consolidar la tendencia de no compartir el equipo de inyección.

- › Trabajo preventivo en contextos de uso de drogas.

- › Mejor articulación con el sistema de salud teniendo en cuenta las necesidades de los UDIs.

3. Intervenciones preventivas con usuarios de drogas

Tal vez la única autorización que se necesita para hacer Reducción de Daños sea la de mi propia persona.

Domiciano Siqueira

El presente capítulo aborda el proceso que articuló el componente de investigación al de intervención. En primer lugar, se describe el contexto de la intervención, tanto sus características locales como las condiciones que la posibilitaron. La segunda parte presenta las intervenciones realizadas en relación con los problemas de salud y sus modalidades de atención. El tercer apartado reseña las acciones en comunidad y en redes de usuarios de drogas que se están ejecutando.

3.1. El contexto de la intervención

Como afirma Emiliano Galende, "no existe una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene" (Galende, 1997). Por ello, referirnos al contexto de la intervención, nos remite a coordenadas histórico-sociales, a un ámbito geográfico y a espacios simbólicos construidos al interior del propio equipo.

3.1.1. Las condiciones para la intervención

Desde el comienzo de la investigación apareció la necesidad de construir un encuadre, ya que el trabajo que íbamos a realizar, por sus características y la diversidad de especialidades de los investigadores, lo demandaba.

Cuando nos referimos a las características del trabajo, aludimos a tres hechos que nos proponíamos:

- › tomar contacto con una población oculta, a la que es difícil llegar;
- › realizar los contactos por fuera de ámbitos institucionales;
- › conocer e intervenir sobre prácticas privadas, de las que “poco se habla”.

Y cuando nos referimos a la diversidad de los investigadores, aludimos a nuestras diferentes formaciones disciplinares, con las respectivas diferencias acerca de qué entendemos por encuadre, escucha, intervención, y a nuestras distintas experiencias profesionales y vitales. Cada uno trae un bagaje, tanto desde su personalidad como desde el cuerpo teórico que conlleva su campo.

Todo ello tornaba la propuesta fuertemente desestructurante e hizo necesario definir un encuadre, no como propiedad rígida dada por una disciplina y al que los profesionales debían adherir, sino como dispositivos que permitieran la interacción y el desarrollo de las acciones.

A la pregunta: “¿cómo crear un encuadre allí donde no existe?”, respondimos con cinco operaciones, a las que nos referiremos:

- › *Lo institucional y el trabajo en calle*
- › *La reunión de equipo*
- › *La supervisión*
- › *La seguridad*

Lo institucional y el trabajo en calle:

Cuando una tarea se desarrolla en un espacio institucional, este espacio por sí mismo, instaura un encuadre. El consultorio, el aula, la sala de reuniones, con su disposición física, su puerta de ingreso, con lugares de acceso libre y reservado, delimitan un territorio, con normas y roles pre-definidos. Nuestro trabajo inicial necesitaba desplegarse en el anonimato de la calle; el investigador estaba solo, en espacios públicos; era necesario que la institución lo “acompañara” simbólicamente, que “estuviera” allí, intangible pero presente.

Hubo así un primer momento de construcción de este encuadre al interior del propio equipo. Fue necesario instalar un tiempo lógico de encuentro con los otros y este encuentro estaba signado por las propias características de los investigadores. Se trabajó la intencionalidad del proyecto, el sentido del estudio en relación con la definición posterior de intervenciones y se analizó la propuesta que estábamos construyendo en relación con las experiencias en las que cada uno había participado anteriormente.

Fue necesario que cada investigador se apropiara del proyecto, para que esta pertenencia actuara como límite y sostén. La explicitación clara de los objetivos del estudio actuaba como carta de presentación que definía los contornos de la relación con los sujetos contactados. Aquí, la transparencia y los límites acerca de lo que la institución legitimaba, configuraban el encuadre.

La reunión de equipo:

La instalación de un espacio de encuentro semanal de todo el equipo fue y es condición del encuadre. La reunión de equipo se conformó en un primer momento como un grupo

operativo, en el que se dio un tiempo de intercambios entre los investigadores donde aparecieron las distintas miradas o disciplinas (medicina, trabajo social y psicología) las experiencias laborales, la ideología, la militancia social y las propias características de personalidad de los profesionales. Fue muy enriquecedor, tanto desde lo individual como desde lo grupal, poder lograr una síntesis entre tantos saberes que cada uno llevaba a la discusión. El grupo actuaba como una instancia de soporte.

Los contenidos trabajados en la reunión de equipo incluyeron la capacitación, la definición de líneas de búsqueda de contactos, el relevamiento de recursos institucionales, el diseño y la aplicación de los instrumentos de recolección, la discusión de los hallazgos preliminares y la definición y evaluación de intervenciones.

La reunión de equipo es un momento de adecuación de las orientaciones, de revisión de los principios básicos de la reducción de daños, de la manera en que cada uno se comporta y de la manera en que cada uno se debe conducir. Es un momento de discusión de estrategias para cada fase del trabajo.

Podemos caracterizar a la reunión de equipo como un espacio técnico-organizativo-administrativo, cuya misión esencial está ligada a la gestión del proyecto en sus aspectos estratégicos. Son sus funciones: la circulación de información entre todos los miembros, la planificación y evaluación de actividades, la interacción entre los diversos componentes del proyecto y la reflexión teórico-práctica.

La supervisión:

Apenas iniciado el campo, se instaló la necesidad de un espacio distinto de la reunión de equipo, cuya función era trabajar en forma individualizada con cada uno de los investigadores. En relación con el trabajo específico, hubo dos momen-

tos diferenciados.

En un primer momento, en el que los investigadores se concentraron en la realización de las entrevistas, la supervisión se instauró como un ámbito donde se desplegaba aquello que había movilizado a los profesionales. Se trabajaba a demanda y en forma individual; entre investigador y supervisor se reveían los contenidos de la entrevista y el impacto emocional que la situación de entrevista y las respuestas de los entrevistados producían en el profesional.

En un segundo momento, cuando se finalizó con las entrevistas y se inició la localización del proyecto dentro de una comunidad, la tarea comenzó a exigir un marco que nucleara a los investigadores de campo y se instaló un espacio semanal de supervisión conjunta. La supervisión fue atendiendo tanto el impacto emocional del investigador como la planificación de la actividad comunitaria, la definición de los procedimientos para la localización de los talleres, la formación de mensajes y las distintas actividades que se fueron realizando.

La supervisión prioriza la preservación emocional de los participantes. Ir a campo es romper una barrera, los profesionales salen del encuadre institucional e invaden las calles y la cotidianidad de los usuarios. El espacio privado y público se mezclan.

Los investigadores van a un espacio público e interfieren la intimidad de las prácticas sexuales y de uso de drogas de los usuarios. Y es en esa relación del usuario de drogas inyectables y su placer, que el investigador introduce nuevas alternativas de cuidado. Para que eso sea posible, es necesaria una aproximación, y esa aproximación moviliza emocionalmente al investigador y su relación con sus conceptos morales, con su propio placer, con su función social, con el derecho de cada uno a su propia satisfacción.

La seguridad:

La cuestión de la seguridad se planteó desde el inicio del proyecto como una condición del encuadre. Teníamos claro que el desarrollo del proyecto, sus objetivos y procedimientos eran absolutamente legales y legítimos, pero sabíamos que nuestro trabajo podía contactarnos con situaciones que ingresaran en el campo de la ilegalidad. Esto requería un especial cuidado, hacia los investigadores y hacia los sujetos con los que interactuábamos.

Durante toda la ejecución del proyecto, contamos con una asesoría legal, que además de ayudarnos a construir las normas de seguridad del equipo, está disponible para intervenir en caso de ser necesario.

La cuestión de la seguridad instauró una rutina, por la que siempre que se va a campo, se debe contactar al miembro del equipo que queda como referente, a la espera de que los investigadores regresen del campo. Por la misma razón, el trabajo se realiza en parejas.

El comité asesor:

Por último, el proyecto instaló la figura del comité asesor. Se pretendió así involucrar activamente a personas reconocidas por su actuación en sectores de interés del proyecto: el ámbito del SIDA y las drogas, el ámbito judicial, el campo de la investigación.

Integran el Comité Asesor:

> Dra. Laura Astarloa (Directora Ejecutiva del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA/ETS del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación);

> Dr. Claudio Bloch (Epidemiólogo del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA/ETS del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación);

- › Dr. Horacio Cattani (Juez de la Cámara Criminal y Correccional Federal de la Capital);
- › Lic. Leonardo Di Pietro Paolo (Subsecretario de Prevención y Asistencia de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, Presidencia de la Nación);
- › Dra. Mabel Grimberg (Directora del Programa de Antropología y Salud de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires);
- › Dr. Martín Vázquez Acuña (Juez del Tribunal N° 1 en lo Criminal de la Capital Federal);
- › Sr. Luis Enrique Vivas (Coordinador General del Hogar El Retoño);
- › Dra. Mercedes Weissenbacher (Asesora Interpaís para el Cono Sur del ONUSIDA).

Se organizó una consulta inicial, cuyo propósito fue ayudarnos a desarrollar propuestas para la evaluación rápida de la situación. El comité asesor se reunió con cierta periodicidad, funcionando como un espacio de confrontación de los resultados preliminares y de los supuestos que estos iban sugiriendo. Asimismo, constituyó un referente para la legitimación de las intervenciones que se fueron definiendo.

3.1.2. El pasaje a la intervención

Hay tres cuestiones claves en el proceso de trabajo que nos permitieron pasar del estudio a la definición de intervenciones:

1. ¿Cómo tomamos contacto con los sujetos a ser entrevistados para el estudio?
2. ¿Cómo ingresamos a la red de usuarios?
3. ¿Cómo establecimos un vínculo de confianza?

En relación al primer punto, cabe recordar que nosotros definimos a la población a ser estudiada, como usuarios actuales por vía inyectable que no estaban institucionalizados; pretendíamos llegar a una población que no tiene visibilidad social, que está oculta y que por mantener prácticas criminalizadas y estigmatizadas, es de difícil acceso.

Metodológicamente habíamos definido la utilización de la técnica de bola de nieve: se pide a cada sujeto encontrado presentar uno o más sujetos que fueran adecuados para el estudio. La pregunta era: ¿cómo la iniciamos, cómo contactamos el primer sujeto que nos habilite al resto? Aquí la práctica nos enseñó que ésta es una tarea que requiere persistencia, insistencia, estar siempre atentos; la oportunidad del contacto podía surgir en cualquier momento y lugar.

En el inicio definimos dos líneas de búsqueda: una formal y una informal.

Por formal, entendimos a los referentes institucionales que necesitaban ciertos requisitos para la habilitación de contactos. Por ejemplo, recurrimos a servicios hospitalarios de atención de personas viviendo con VIH (Hospital Muñiz, Hospital Posadas). Allí fue necesario presentar el proyecto y solicitar autorización de las autoridades institucionales para permitirnos el acceso a la población. También incluimos en esta línea formal, la asistencia a ámbitos institucionales en los que podíamos contactar personas, como las reuniones abiertas de Narcóticos Anónimos.

Por informal, entendimos todos aquellos contactos establecidos a partir de vínculos personales y los intentos de llegar a ámbitos que presuponíamos podían habilitarnos contactos: "barras bravas" de equipos de fútbol, artesanos, gimnasios, ambiente del rock.

Otro aspecto que se definió fue el tipo de acuerdo que establecíamos con las personas que eran entrevistadas. La pre-

sentación de los entrevistadores se ciñó al siguiente patrón:

Somos parte de una institución que quiere saber cómo se usan las drogas inyectables, para pensar cómo prevenir la transmisión de distintas enfermedades. Quisiéramos conocer tu experiencia.

Necesitamos algunos datos generales de tu vida, hacerte algunas preguntas sobre la manera en que usas drogas y sobre tus relaciones sexuales.

Todo lo que conversemos quedará entre nosotros y no vamos a registrar tu nombre completo para resguardar tu identidad. No quedarán registrados ninguno de los datos que permitieran a otros saber quien sos o identificar los lugares o personas que nombres. Nadie más que nosotros va a tener acceso a la grabación o a las notas que tome.

Nuestra charla llevará una hora aproximadamente. Al final de esta entrevista te daremos un pago por el tiempo que nos concediste.

Antes de empezar, ¿querés hacerme alguna pregunta?

En esta definición están presentes por un lado, cuestiones éticas referidas a la privacidad, el anonimato y la confidencialidad de las informaciones y por el otro, cuestiones que hacen a los beneficios para el entrevistado y la reciprocidad. En relación a esto último, el pago de una suma de dinero por el tiempo concedido para la entrevista, significaba tanto nuestro reconocimiento del valor de ese tiempo, como un habilitador importante para la cooperación.

Muy lentamente al inicio, se fueron estableciendo los contactos e hicimos las primeras entrevistas, pero en éstas no se identificaban redes y no nos habilitaban más que algún nuevo contacto.

El segundo criterio fue abrirlo a todas las personas cono-

cidas. Sorpresivamente, este fue el camino a través del cual llegamos a una red consolidada, a partir del lugar menos esperado: un amigo que nos presentó a un informante clave con muchos contactos localizados en una misma zona geográfica, en el sur del conurbano.

Toma de contacto con la red:

Este fue el punto claro en que se inició el pasaje hacia la intervención. Si bien continuábamos con las entrevistas en función del estudio, su encuadre cambió; de realizarlas en lugares públicos (bares, hospitales, la sede institucional, etc.) ingresamos a las casas de los entrevistados, a los lugares donde se reunían; en lugar de concurrir cada entrevistador solo, se trabajaba en parejas.

Nosotros sabíamos que cada encuentro en una entrevista implicaba mucho más que la información que nos brindaban; implicaba intentar mantener el vínculo, involucrarlos en el proyecto, hacerlo creíble.

Tiempo y dedicación son necesarios para establecer vínculos con poblaciones ocultas. Comenzamos a ir todas las semanas, definimos un día, hora y lugar de encuentro; poco a poco comenzamos a formar parte del paisaje.

Establecimiento del vínculo de confianza:

Este pasaje de las entrevistas a la intervención estuvo marcado por otro trayecto clave: el que va de la incredulidad y la desconfianza a la credibilidad y la confianza. ¿Cómo involucrar a la gente en este proyecto, cuando lo que prima en el contexto es la desconfianza y el descreimiento? En nuestros primeros encuentros, un informante clave nos preguntó: "Y vos, ¿qué tenés que ver con la policía?"

La entrevista actuó como mediadora y habilitadora: Alguien se interesaba por su experiencia; alguien escuchaba para

hacer en función de lo que ellos decían; pero eso no alcanzaba; había que quedarse y hacer algo.

Aquí se cruzan dos interrogantes:

› ¿Cómo hacer que confíen en nosotros cuando dicen que no confían en nadie?

› Y, ¿cómo hacer para confiar en ellos, cuando los estereotipos también influyen a los investigadores?

Pensando qué elementos facilitaron los vínculos de confianza, diríamos que hubo tres requisitos importantes:

› El pago, que indica tanto el valor de los datos que se están recogiendo como reconoce la importancia del tiempo que se espera que los sujetos dediquen,

› El asentamiento en los lugares de reunión de los propios usuarios, que hace que lo vean como sostenible en el tiempo,

› La incorporación de personas de la comunidad como operadores del proyecto.

Sobre estos requisitos se estableció una relación de confianza/transparencia, que es una noción básica de trabajo. Es un camino de confianza, que continuamos recorriendo y construyendo cada día.

3.1.3. El contexto local de la intervención

Una vez localizadas las intervenciones, éstas se radicaron en el Partido de Avellaneda, uno de los 19 municipios del Conurbano Bonaerense. Avellaneda forma parte del Primer Cordón, el cual se define por agrupar a todos aquellos municipios que limitan con la Capital Federal.

Los Municipios que integran el Primer Cordón son densamente poblados, de características casi totalmente urbanas consolidadas, presentando en los últimos decenios un escaso crecimiento de su población. Avellaneda no difiere de estas

características generales. Tiene una superficie de 52,48 Km². Según datos del INDEC, posee una población, de 351.994 habitantes, con una densidad de 6708 habitantes por Km². El Distrito se divide en nueve localidades: Avellaneda Centro, Crucesita, Sarandí, Villa Domínico, Wilde, Gerli, Piñeyro, Dock Sud y Area Rural.

Del total de la población, el 47.7% (167.901 habitantes) son varones, siendo el total de mujeres 184.093. Del total de la población, el 24,5% tiene entre 0 y 14 años; el 42% entre 15 y 44 años y el 33.5% más de 45 años. La población de 15 a 29 años representa el 22% del total (datos del Censo 1991 con proyección a 1997).

En "Mapas de la Pobreza en Argentina" se expresa que el 13.3% de la población total del Distrito de Avellaneda vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.), lo cual representa 46.816 habitantes (Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos; 1994). Si comparamos este porcentaje con los de los Municipios que componen el Primer Cordón, observaremos que Avellaneda está entre los tres más críticos, después de Gral. San Martín (14.9%) y Lanús (14.2%).

Según un estudio realizado por la Secretaría de Planificación Estratégica, tomando como base los datos censales del '91, las zonas de mayor concentración de NBI, luego de la Reserva (que tiene sólo 426 habitantes con un 65.5% de NBI), son Dock Sud con una población total de 13.974 habitantes y porcentaje de NBI del 36.4%; Sarandí con una población de 10.482 habitantes y un porcentaje de NBI de 14.9% y Domínico con una población de 6.620 habitantes y un porcentaje de NBI del 12.1%.

De la población NBI del Distrito, el 93.58% se encuentran localizados en villas y asentamientos, agrupados en un total de 10.735 familias.

Con respecto al grupo de viviendas de la población NBI,

aunque en este grupo estén incluidas en un 100% las casillas e inquilinatos, el tipo de vivienda que predomina es la casa con un 49.05%. Sus características varían de acuerdo a si se trata de una Villa o Asentamiento. En las Villas, casi un 90% son casillas de madera con alguna habitación de ladrillo, sin o con escaso terreno alrededor de la vivienda. En cuanto a la provisión de agua, si bien casi el 90% recibe agua de red dentro de la casa, llega por medio de conexiones precarias altamente expuestas a la contaminación. La eliminación de excretas se realiza, en la mayoría de los casos, por el sistema de retrete sin descarga de agua. En algunos casos la eliminación es directa a cursos menores. En los Asentamientos, predomina el tipo de casa de material, con escaso número de casillas. Las viviendas tienen espacio libre a su alrededor respetando el loteo propio. La provisión de agua es similar al descrito en el de las Villas. Poseen, en el 85% de los casos, eliminación por excretas por pozo ciego y, en un escaso porcentaje, con cámara séptica. El 100% de las viviendas poseen suministro eléctrico.

Tanto uno como otro tipo poblacional barrial se hallan ubicados, en la mayoría de los casos, en terrenos inundables, los que se van rellenando con tierra y escombros hasta cota hidráulica.

El Municipio posee un total de 217 establecimientos educativos, tanto del ámbito público como del privado. Según datos del censo '91, un 93.5% de los niños de 5 años están escolarizados, y de los de 6 a 12 años un 98.6%. La población que no asiste, pero que asistió es de 226.877 (69%), la que nunca asistió es de 7.289 (2%) e ignorado 3.051 (1%).

3.2. Salud-enfermedad-atención en el contexto de la intervención comunitaria

Según un análisis del perfil epidemiológico en la Argentina, para el periodo 1982/1997, las ciudades con mayor porcentaje de casos, además de Buenos Aires son: Rosario (5.8% del total de casos del país); Lanús (2.7%); La Plata (1.9%); Avellaneda (1.6%); Lomas de Zamora (1.6%) y Mar del Plata (1%).

Una de las vecinas del barrio donde trabajamos en Avellaneda, opinó: "llegaron tarde para hacer campaña de prevención del SIDA porque ya lo tenemos todos".

Se hace necesario señalar que así como cualquier enfoque que apunte a la salud pública no puede formularse al margen del proceso histórico, constitutivo de la realidad nacional o local, cualquier intento científico descontextualizado, corre el peligro de caer en contenidos míticos. Lo mismo sucede en un proceso investigativo, ya que si no se produce la inserción del que investiga en la situación analizada, faltará aquello que Habermas caracteriza como hermenéutica cero (Testa; 1997). Es decir, falta el preconocimiento precientífico de lo social, que es compartido por científicos y legos y que jerarquiza vida cotidiana e historia, en el intento de no caer en la aplicación de fórmulas efectivas, en otras circunstancias o contextos, pero alejadas de las vidas de los sujetos.

Antes de que una de las médicas del equipo se reuniera con los usuarios, a pedido de ellos y con el objetivo de responder a su necesidad de conocer el estado actual de los tratamientos antiretrovirales, ésta se contactó con algunos referentes formales del sistema de salud de la zona a fin de, por un lado, establecer una relación -que está actualmente en construcción- y por el otro, facilitar la accesibilidad, la recepción y acogida de los usuarios al sistema de salud.

Las preguntas formuladas por los usuarios de drogas en el primer encuentro estuvieron vinculadas a los tratamientos existentes acerca de VIH-SIDA y en especial, a composición, ventajas y desventajas de su uso. Algunas de las personas conocían de los tratamientos con drogas combinadas, pero muchos de ellos se remitían a los primeros tratamientos con zidovudina y a experiencias negativas en cuanto a tolerancia, evolución de las personas y calidad de vida. Nombraban los recuentos de CD4, como medida de las defensas de los enfermos y pedían información acerca de la carga viral, de la que habían oído hablar; asimismo se aclaró el concepto de reinfección.

En cuanto a las preguntas respecto a interacciones, antagonismos o potenciaciones, expresaban clara diferenciación entre drogas de uso ilegal y terapéuticas, como si las primeras, las ilegales, no fueran pasibles de generar dificultades, reacciones adversas, en su uso cotidiano y combinadas entre sí. Sin embargo, visualizaban que la mezcla de las primeras con las segundas, podría ser peligrosa. Una persona portadora de hepatitis C veía como problema para los tratamientos, el alcoholismo.

Tenían percepción de la necesidad de la continuidad de los tratamientos para garantizar buen resultado, pero creían que, a las dificultades de vida propias de diferentes estrategias de supervivencia, se sumaba las provenientes del sistema de salud, en cuanto a largos itinerarios en los hospitales, esperas interminables, mala recepción y/o maltrato, llegada al sistema generalmente por guardia y cuando ya se hacía inevitable.

Si bien tenían, en cuanto a accesibilidad geográfica, el centro de salud más a disposición, destacaban que en él, están más dedicados a la salud materno infantil y que los adultos recibían atención precaria, poco interés y a veces rechazo por parte de los profesionales y en el mejor de los casos, termina-

ban en la guardia.

Reconocían que la instancia de internación en el hospital, de personas conocidas (usuarios infectados), era una instancia "sin retorno", pues los que habían ido, "no volvieron al barrio". Explicándolo en términos de llegada a la intervención médica muy tardía y fatal, referían que también las personas que se supieron infectadas, muchas veces se negaron a la asistencia y no pudieron instalar otros cuidados como alimentación, abrigo, etc. "Jugaron cuando se quedaron con la última carta".

No hubo preguntas sobre tratamientos de desintoxicación, ni de otros vinculados al uso de sustancias.

Hubo luego consultas personales en lo atinente a realizar serología con garantía de confidencialidad y también con respecto a tratamiento de hepatitis C con Interferón.

En un encuentro con mujeres, conocidas y familiares de usuarios infectados, volvió a surgir el tema de la internación como camino sin retorno, no sólo por la gravedad clínica de las personas sino por el estigma social que acompaña: "pobres drogados y enfermos de SIDA".

Narraron casos de mujeres que fueron infectadas por sus parejas sexuales, usuarios de drogas, y de nuevo la llegada tardía al sistema de salud. Se sucedieron relatos de verdadera preocupación por parte de ellas en asistir especialmente su salud reproductiva, y los obstáculos para realizar un simple Papanicolau, por turnos diferidos y no realizados en la primera consulta. Colas, esperas y más tarde la protesta de parte de los profesionales: "¿por qué no viniste antes?" o "¿cómo llegás en este estado!".

Mostraban probablemente más preocupación por la anticoncepción que por la prevención de ETS y también por encontrar instancias que les permitieran por un lado, acceder al sistema de salud más fluidamente y por el otro, poder ser

orientadas en cuanto a las defensas de los derechos que ellas veían muy menoscabados, con respecto a las enfermas/os de VIH-SIDA. Preguntaban acerca de los niños nacidos de madres infectadas y refirieron que sería importante que fuese más conocido el tema de los tratamientos para las embarazadas.

En ambos grupos parecería que la percepción del proceso salud-enfermedad-atención tiene marcadas características de señales de alarma tardíamente percibidas y una respuesta de mala recepción y acogida, que distancia cada vez más a los usuarios del sistema de salud.

No obstante, cabe recalcar algunos aspectos, sobre todo de los dichos de las mujeres, que harían factibles acciones de reducción de daños, no específicamente referidas a las drogas, sino a trabajar colectivamente en el sentido de reflexionar en la cotidianeidad de sus padecimientos y posibilitar el desarrollo de sus potencialidades menoscabadas como sujetos de derecho en todos los ámbitos.

3.3. Acciones en comunidad y en redes de usuarios de drogas

3.3.1. La necesidad de la mediación en el contacto inicial

Cuando soñábamos con este proyecto, sabíamos que iban a ser necesarias algunas cosas, en principio conocer a la población: cuáles eran sus características, dónde estaban, saber sobre su vivienda, educación, edad, empleo, etc.

También necesitábamos indagar el nivel de conocimiento que esas personas tenían sobre el VIH y el uso de drogas; y esencialmente conocer más, acerca de sus prácticas, poder res-

ponder a la pregunta ¿cómo es que se realizan estas prácticas de uso inyectable de drogas, en qué condiciones?

Y por último, lo que necesitábamos era poder sentarnos a dialogar con las personas; eran ellos los que iban a dar las posibilidades del trabajo en Reducción de Daños. La dimensión de esa posibilidad la dio el trabajo cotidiano, las demandas planteadas y la atenta escucha y observación por parte del equipo. Como nunca pensamos antes, la observación y la escucha se tornaron en sentidos fundamentales y habilitadores de muchas acciones. Cómo se dice, cómo se hablan entre ellos, rescatar los diálogos y observar los espacios donde uno iba circulando, que eran también los espacios de los usuarios.

Para nosotros, la forma de llegar a ese conocimiento fueron las entrevistas que mantuvimos tanto con las personas UDIs, como con los informantes clave. Parecía importante establecer un elemento que mediatizara el contacto inicial con la gente; para nosotros ese elemento fueron las entrevistas, estas se utilizaron como la oportunidad de comenzar un diálogo.

Estos contactos iniciales tuvieron una fuerza especial; para muchos era la primera vez que hablaban de su uso inyectable. Si estas prácticas parecen más una secuencia de actos y no de palabras, puede pensarse lo que significó para los entrevistados poner palabras a una práctica de la que no se habla.

Y para los investigadores, fue un esfuerzo de escucha y de adecuar un encuadre de trabajo a un espacio que no era muy fácil de encuadrar. Sin embargo, algunas cosas se pudieron pautar desde nosotros y otras, fue el propio proceso de trabajo y la relación con las personas lo que permitió ordenar este proceso. En ese ámbito comunitario, al principio entrevistábamos a tres personas por vez, pero nos dimos cuenta que se perdía demasiada capacidad de escucha, redujimos a no más de dos personas. Muchas entrevistas se hicieron con un volumen muy alto de música en el lugar, que no podía ser reducido porque

otros la estaban escuchando. Es de rescatar que nunca señalamos que no se nos interrumpiera durante las entrevistas, sin embargo siempre había gente atenta para que eso no sucediera; posiblemente esto puede ser atribuido a que señalábamos que esto era un trabajo, y eso fue encuadrando la tarea.

Hasta aquí el proyecto centraba sus fuerzas en la acumulación de información y con menos claridad pero con más ganas, esbozaba las primeras intervenciones. Quizás no teníamos tan claro cómo hacerlo; trabajamos mucho sobre el supuesto de que la ilación de ciertos hechos va mostrando, señalando un recorrido. Sin embargo, es difícil que uno vea algunas señales de por dónde ir, si no sabe a dónde quiere llegar. Lo claro era que íbamos a desarrollar un proyecto de reducción de los daños asociados al uso de drogas.

Uno de los informantes clave fue quien habilitó el contacto inicial con el sitio que luego se constituiría en la posibilidad de desarrollar un proyecto de intervención comunitaria. La primera vez que llegamos a ese sitio, no imaginábamos que íbamos a tener allí muchas más entrevistas; sin embargo, la primera impresión que tuvimos fue que ése era un lugar de encuentro.

Impusimos durante varios sábados una rutina consistente en el armado de un espacio de conversación individual, separado del resto de la cotidianeidad de esa casa, de ese ámbito privado; en alguna medida el resto de las personas eran observadores de ese proceso y guardaron para con él un respeto casi natural.

3.3.2. De lo individual a lo grupal

Se habían alcanzado las entrevistas necesarias para el estudio; nosotros creíamos que ese ámbito y esa gente circulante y convergente allí eran una oportunidad para seguir trabajan-

do. De alguna manera se retomó la dinámica natural del lugar, aprovechando una escena de reunión de gente que ya estaba antes que nosotros llegáramos. Y esto tiene que quedar claro: no fue la habilidad en crear ese espacio lo que permitió el desarrollo de este proyecto de Reducción de los Daños, sino la habilidad para observar esa dinámica, comprenderla y aprovecharla en función de ese objetivo.

Se decidió entonces aprovechar esa dinámica y comenzar a trabajar en forma grupal. Para nosotros esa forma fueron los talleres, que no fueron otra cosa que la misma grupalidad de siempre con algunos contenidos de información puestos por nosotros. Los talleres, como casi todas las estrategias implementadas en este período, fueron una forma de compartir conocimientos y obtener información que sirviera para nuevas intervenciones; cada espacio nuevo que se iba generando se constituía también en una prueba de cuan bien habíamos escuchado y observado. La eficacia de la información residía en su utilidad para pensar mejores intervenciones.

A partir de allí entonces, el trabajo fue guiado en varios sentidos:

- › Uno, dedicado al pasaje de información,
- › Otro, al trabajo para lograr que en ese ámbito privado se distribuyeran jeringas y preservativos,
- › Otro, en la línea de constitución de operadores locales para el trabajo en el Proyecto de Reducción de Daños
- › y otros a largo plazo: uno, la necesidad de trabajar con la población, los estereotipos de los usuarios de drogas y otro, relacionado con la posibilidad de dejar capacidad instalada, con especial énfasis en la formación de recursos humanos.

Se seleccionó para los talleres una secuencia breve de no más de 40 minutos, donde fue fundamental definir y delimitar, con la máxima exactitud y rigurosidad posible, las características deseadas de la información; ¿cuál era la imagen que que-

ríamos dar de aquél que hablaba, cómo íbamos a comunicar ese mensaje, qué decir y cómo hacerlo?.

La información a transmitir estaba relacionada con los nudos de desinformación y menor cuidado que habían aparecido en las entrevistas: uso del preservativo, no compartir jeringas, agujas ni el resto del equipo de inyección (agua, tapita y cuchara y en algunos pocos casos, filtros).

La credibilidad del mensaje estaba en función no sólo del contenido y de su veracidad, sino también de la credibilidad de la fuente. En este sentido se apeló a utilizar información que no diera respuestas preconcebidas, pero sí un conjunto de instrumentos que ayudaran a las personas a apropiarse de algunos cuidados respecto de su salud y de sus prácticas.

Los talleres funcionaron con dos animadores que tenían como trabajo específico mostrar el preservativo y trabajar a partir de allí con las representaciones asociadas. Se trabajó también con las jeringas ampliando la información obtenida en las entrevistas individuales. Aquí es interesante señalar que en relación al preservativo, hubo poca disposición a hablar de las prácticas de utilización; la actitud oscilaba entre la jocosidad y la atenta pero silenciosa escucha.

Sin embargo, con respecto a las jeringas, la grupalidad favoreció el diálogo sobre estas prácticas; los momentos de debate más ricos estuvieron en este punto, se discutió sobre la posibilidad de incorporar algunas prácticas de cuidado y se observó una falta de consenso en cómo se utilizan ciertos elementos. Por ejemplo: ¿jeringas con aguja fija o con aguja removible? ¿Qué se usa? La aguja fija estaba asociada a la marca Terumo, que se considera la de mejor calidad. La jeringa con aguja removible, "si se tapa es más fácil de limpiar". ¿Aguja más fina o más gruesa? "Con la más fina te lastimás menos las venas, aunque hay más riesgo de que se tape. La más gruesa te lastima más pero no se tapa". Esta información

era instrumental para decidir qué tipo de material nosotros íbamos a entregar, cómo elegirlo; el material debía ser el que ellos necesitaran.

A partir de una pregunta hecha por uno de los participantes, se discutió sobre el "canuto" utilizado para aspirar cocaína y su relación con la transmisión de VIH. Se sugirió el no compartirlo y ellos mismos autogestionaron una forma de minimizar el riesgo, sorprendiéndonos con el uso no esperado de un elemento distribuido por nosotros. Los stickers que repartimos después de las entrevistas individuales, eran enrollados como canutos y cada uno usaba el suyo.

El trabajo en los talleres continuó con grupos que iban variando a veces de participantes y otros que escuchaban el mismo taller dos veces. La cantidad de asistentes era entre 10 y 14 personas. Se observó en las discusiones una superposición de preguntas entre el preservativo, las jeringas y otros contenidos que tenían que ver con los problemas médicos asociados a la transmisión del VIH. Se decidió entonces, la incorporación de una médica a los talleres para despejar dudas acerca del VIH y las hepatitis e intentar comenzar un trabajo de acercamiento de los usuarios al sistema de salud. Su inclusión fue muy bien recibida y se trabajó en dos sábados con usuarios (casi todos ellos hombres) y un sábado se decidió el armado de un grupo con mujeres solamente, intuyendo la necesidad de un espacio diferenciado para trabajar sobre algunos temas .

Mientras los talleres avanzaban y también un mayor vínculo con las personas, crecía la convicción que ese sitio era muy bueno para realizar entrega gratuita de jeringas y preservativos. Cumplía algunas condiciones: el lugar era referenciado por muchas personas, usuarios de drogas inyectables y por otras vías; muchos otros se agrupaban en ese espacio y quien era dueño, ocupaba con bastante claridad un lugar de liderazgo entre sus pares.

La primera intervención pensada por el equipo fue la de acompañar la entrega instalando también, descartadores de jeringas; esta idea fue desechada, dada la imposibilidad de identificar los lugares en donde se tiran las jeringas. En uno de los talleres realizados, un usuario señalaba: "Ni loco voy a ir con la jeringa usada a otro lugar". En ese momento, descartamos la idea.

Conocer el barrio era importante también; imaginarnos el terreno, los vecinos, ver qué instituciones existían, cómo era el espacio geográfico. Entre recorridos por el barrio, se avanzaba en un diálogo que permitiera habilitar el espacio para entregar jeringas y preservativos.

Era claro que el puesto de entrega de material debía estar dentro del mismo barrio. Existía una convicción de que era la mejor forma de realizar esta tarea, con el pleno aval de las personas y la responsabilización sobre ella. La capacidad operativa del equipo de Intercambios no permitía en ese momento pensar otra dinámica de entrega que no fuera el involucramiento de los propios actores en esa tarea.

La primera respuesta obtenida fue un "No", argumentando lo que ya habíamos escuchado tantas veces, "que cada vez eran menos los que se picaban". Si bien se argumentaba la necesidad de pensar en aquellos que sí seguían usando la vía inyectable, el llevar material preventivo de otros países -los kits- fue lo que facilitó un cambio de posición. De alguna forma, una vez más la imagen parecía estar por delante de la palabra.

Con la aprobación del dueño de casa, el 25 de junio se comenzaron a distribuir gratuitamente en ese domicilio, jeringas y preservativos. La primera comunicación fue hecha a los participantes de los talleres; así dio comienzo la entrega del material, que continúa hasta el día de la fecha sin interrupciones. Dos veces por semana, el equipo de Intercambios repone

el material; se llevan entregados hasta el momento, 100 jeringas y aproximadamente 3000 preservativos. Acompañamos estos elementos con stickers y folletos preventivos con información sobre VIH y cuidados (limpieza de jeringas y uso del preservativo).

El propio operador fijó como condición para la entrega, que no se fueran a pedir más allá de la una de la madrugada; esto puede leerse como una primera pauta de encuadre del propio trabajo del operador barrial. Con el tiempo, descubrimos algunas invenciones que ellos mismos le estaban dando al proceso, a la vez que eran más personas las que se involucraban en la distribución de los materiales: abrochaban un preservativo a los materiales preventivos y los entregaban juntos, o abrían una línea de entrega en otro barrio.

Se transmitió a la gente la importancia de incorporar un registro del material que se estaba entregando, rescatando la necesidad de llevar un control del número de jeringas y preservativos entregados, pero también de acercar datos respecto de a quiénes se le estaba entregando, constituyéndose en un aporte para la construcción de indicadores de evaluación del proyecto.

3.3.3. La gestión de lo grupal a lo colectivo

Mientras los talleres avanzaban, también iba avanzando para el equipo la necesidad de extender el proyecto por fuera del espacio de encuentro. Esto significa profundizar el trabajo en dos líneas.

Una ligada al trabajo en red con otras instituciones cuyos servicios puedan ser requeridos por la población usuaria de drogas o que estén vinculadas al tema SIDA. Necesitamos trabajar con una clara conciencia de que el proyecto no va a poder resolver todos los problemas y las cuestiones que se pre-

senten en el trabajo de campo. La gestión de esta red de servicios no está resultando un trabajo sencillo; por un lado es atribuible al estado general en que funcionan las instituciones, con prestaciones de servicios cada vez más deteriorados y con mucha dificultad para abrir sus puertas y su trabajo hacia afuera. Por otro lado, las contradicciones del equipo, con un proyecto que comenzó por fuera de las instituciones formales, recurriendo y aprovechando al máximo los espacios informales y las redes de usuarios de drogas y que hoy pretende ganar un espacio y hacer un camino hacia la formalidad; un recorrido de la oscuridad a la luz, de lo privado a lo público, del silencio a la palabra.

La segunda línea está más vinculada con el trabajo grupal; que ese grupo con el cual estábamos trabajando en talleres asumiera una tarea que implicaba una salida por fuera de ese espacio protegido. ¿Qué se podía decir al barrio respecto de la prevención del VIH? Y sobre todo, ¿qué podían decir ellos, estigmatizados por sus prácticas, acerca de la prevención del VIH? Un trabajo que diera el puntapié inicial para lentamente trabajar esa imagen barrial sobre esta población.

Fue también un esfuerzo de expresión, qué se dice y cómo se va a decir. Esta actividad tomó la forma de una pintada sobre un paredón de una fábrica abandonada en el barrio. El armado de un mensaje preventivo significó un esfuerzo de expresión, a la vez que mostraba por dónde estaban pasando los mensajes importantes para ellos: reivindicación de las drogas, apelación a veces al humor negro. En este proceso se fueron incorporando personas que no habían, hasta ese momento, participado de los talleres.

Si ellos son los "barderos", son los "drogados", ¿cómo se involucran además, en una tarea que los corre por un momento de ese lugar?, ¿cómo ese corrimiento puede ser visualizado por el resto de los vecinos? Esa tarde en que la pintada se desa-

rollaba, tuvimos la oportunidad de conversar con un vecino, quien señalaba que estaba muy bien lo que se hacía: "lástima que no va a durar mucho, son estos mismos (por quienes estaban pintando), los que a la noche pintan las paredes, hacen dibujos, y lo van a borrar". Señalamos que quizás esta vez no fuera así, porque eran ellos mismos quienes habían construido el mensaje y quienes lo estaban pintando. El señor no pudo visualizar para estas personas una tarea diferente a la de ser los "locos" del barrio; sin embargo nos otorgó el beneficio de la duda. Después de un mes, la pintada sigue estando en perfectas condiciones.

Por otra parte, un objetivo implícito del trabajo fue lograr que pudieran hacerse visibles en el barrio otros intereses de estas personas, hacer público un interés por cuidarse y que otros se cuiden, ubicándolos en un lugar distinto al del estereotipo de "los drogados". Eso suponía trabajar con las representaciones sociales de los usuarios de drogas y de los otros hacia ellos. Después de realizada la actividad, un comentario de una de las usuarias de drogas participante reflejaba lo que buscábamos: «¿Viste? Estos son los 'drogados' y ¡mirá lo que están haciendo!...»

Señalábamos antes las contradicciones del equipo de investigadores en avanzar en el trabajo de involucramiento de otras instituciones o referentes por fuera de los usuarios; en este caso, esas contradicciones fueron destrabadas por los propios operadores, que tomaron la iniciativa y fueron los primeros en involucrar a otros vecinos en el desarrollo de esta actividad barrial.

3.3.4 Redes de usuarios de drogas

Al comenzar intentábamos apuntar como los diferentes mapeos iniciales del lugar y de la población permitían abrir

distintas líneas de trabajo. La que se describió hasta aquí hizo hincapié en un proyecto de intervención comunitaria localizada. La que ahora se describirá, centró sus acciones en el trabajo en redes de usuarios sin una localización específica, cubriendo un territorio más amplio y respondiendo a las redes naturales de inserción del operador.

Es de señalar aquí, la importancia de distinguir cuál es el tipo de red de usuarios a la cual se arriba. Distinguir la articulación o no de la población a la cual se llega va a definir intervenciones diferenciadas. Nuestra experiencia fue que no es posible repetir el mismo modelo de intervención en dos situaciones diferentes.

Nosotros veníamos desarrollando, en un espacio geográfico claramente delimitado, una experiencia muy buena de trabajo grupal, que nos estaba permitiendo obtener mayor conocimiento de las prácticas de uso de drogas e intervenir con esa población, apuntando a transmitir información acerca de cuestiones de salud, trabajar su relación con las instituciones en general y comprender qué de esa información era tomada y aceptada por los participantes.

Por otro lado, teníamos un número de usuarios que no podían ser recortados geográficamente. La pregunta inicial fue: ¿cómo agrupamos a esta gente para pasar información sobre cuidados? Y quizás aquí estuvo el error; esta gente no era agrupable porque naturalmente no lo estaba. Se intentó fallidamente realizar varios encuentros en una casa que aparentaba ser de mucha circulación de gente. Pero circulación, no es lugar de encuentro; se circulaba pero no se estaba.

El giro que fue tomando esta línea de intervención fue trabajar con un operador que no ofrece un espacio propio sino que hace de eje articulador de relaciones que son de su ámbito de vida. A veces, nosotros pedimos con quién y a veces, las relaciones se establecen por su propia iniciativa, en la medida

que crece el entendimiento mutuo y lo que el proyecto va necesitando. Es un trabajo que se extiende por las redes naturales del operador.

Se entregan jeringas una vez por semana en la zona donde se nuclean usuarios de drogas y en los domicilios de algunos de ellos. Se reparten entre 8 y 10 jeringas por fin de semana. También se entregan entre 40 y 50 preservativos, con esa frecuencia en los mismos ámbitos. Los preservativos son retirados por las personas que aspiran cocaína, las que fuman marihuana y las que se inyectan. Se entrega también material informativo.

Si se dieron estas dos líneas de intervención, creemos que es atribuible al mapeo inicial de la población y sus características, y a las características de los operadores contactados. Seguramente también ocupan un lugar en esto, las características de personalidad de los investigadores de Intercambios que, supervisando y coordinando tareas en el campo, también van moldeando y son moldeados por los propios usuarios.

Hasta aquí la descripción de un proceso que tiene mucho de un sueño colectivo, que tiene mucho de desafío: mostrar que es posible hacer Reducción de Daños en la Argentina. Quedan muchas líneas abiertas para continuar; necesitamos involucrar en mayor medida a las instituciones locales, generar recursos eficaces para las necesidades de los usuarios; necesitamos trabajar una relación que permita no sólo distribuir jeringas sino también intercambiarlas, que esas jeringas vuelvan al proyecto. Se necesita seguir trabajando localmente para ampliar la red de llegada a los usuarios e involucrar a otras personas.

Sin embargo, mirando este recorrido, también pensamos cuánto hemos avanzado, cuántas cosas se han logrado y lo necesario que es poder compartirlo con otros. Quizás otros se sumen al sueño.

4. La perspectiva de los usuarios

En el presente capítulo, se transcriben los testimonios presentados durante el Seminario "Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención" por tres pobladores involucrados en el proyecto.

Juan

Mi nombre es Juan. Conozco a Intercambios por medio de un amigo en común. En cierto momento nos presentan y me dice que quería hacer una entrevista a algún usuario de drogas inyectables, si yo tengo algún acceso a este tipo de gente. Yo le dije que sí, pero me parecía algo como descabellado, medio desfachatado. Era muy onda de un escritor, de alguien que quería escribir un libro, parecido a "Caminos a Katmandú" o "Flash", me sonaba algo así.

Después lo llevé con un poco de miedo y le pregunté si tenía relaciones con la policía, porque no me sonaba algo normal, que haya visto o escuchado. Pero dije: "si él quiere una entrevista, lo voy a llevar a una entrevista". La primera persona que le llevo es una mujer, lo llevo a un bar. La idea era entrevistar un varón, pero ninguno de los varones se animó y como la chica era un poco audaz y le gustaba todo lo que sean esas gentes, se embarcó. Después seguía con muchos miedos, porque yo lo llevé y después lo tenía que ir a buscar porque sino iba a tener yo atrás una secuencia de inconvenientes; ¿cómo voy a llevar a una persona y después dejarla?, es como que la entregara. Estuvieron una hora en promedio hablando, estaban teniendo una buena relación pero igual existía la desconfian-

za, saber quiénes eran, por qué... ¿Por qué repartían dinero por algo que se sabe? No es que se ignora, se sabe que hay usuarios de drogas, en gran cantidad, más de lo que suponen, pero... es como que todo el mundo le hace la vista al lado.

Después me pidieron que les presentara una o dos personas más. Y se corrió el rumor que les pagaban; entonces yo empecé a decir: "hay una banda de locos que andan regalando plata". "¿Por qué no los traés Juan para acá? Si estos quieren historias, les vamos a dar historias para que tengan una vida". Y así fue que los llevé hacia una casa que fueron conociendo y de ahí a varios lugares. Llegaron a un gran grupo de gente.

Y yo me preguntaba: ¿Quiénes son? ¿Por qué hacen esto? ¿Con qué finalidad? Si no lo hace el gobierno, que son los que tienen el poder, la sartén por el mango y que manejan el capital. Gente que no tiene... quién va a bancar todo esto, aparte del esfuerzo propio, los riesgos que se corren...

Yo siempre tuve desconfianza, pero como soy curioso, me meto en camisa de once varas. Hasta que no conocí la institución, no estuve muy convencido qué es lo que hacía. Cuando conocí la fundación, y vi que se trataba de algo serio, la finalidad, entonces dije: "Sí! Vamos a ponerle un poco más de pilas. Vamos a dedicarle un tiempo más; los voy a llevar y sacar, hasta que ellos agarren confianza con la gente". Porque la cosa no era muy fácil. Iban a ver a los chicos malos.

Pero finalmente, yo dejé de ir. Ya no hacía falta, yo hacía otro trabajo. Ya después, la gente los iba a esperar, lograron de alguna u otra forma cambiar las actitudes de este grupo de gente. No es común que se entreguen preservativos o jeringas, igualmente falta mucho.

Lo que me extraña es que esto no lo haya hecho nunca antes el gobierno, por eso es que por curiosidad me empecé a involucrar. Cómo es que no se hacía algo al respecto. Por qué tiene que ser la gente que encare siempre el primer paso, los

más audaces son los que están en organizaciones sin fines de lucro. Pero por qué no el gobierno, si esto es un mal de la sociedad, la sociedad lo puede corregir; solamente hace falta que alguien se haga cargo y que tenga la suficiente fuerza o agallas para encarar la situación. Tiene que haber otras fundaciones que hagan lo mismo en otro lugar, porque Buenos Aires no es solamente Avellaneda, o Argentina no es solamente Avellaneda. Porque se consumen drogas en San Martín, en Morón, en Luján, en Ituzaingó. Es algo que hace falta. Ellos han sido los primeros, ¿otra gente lo está haciendo? ¿Por qué no lo pueden hacer? Alguien los podría apoyar.

Primero, lo ideal sería lo que se está haciendo: es cambiarle la costumbre, puesto que la gente que se inyecta debe hacer un promedio de diez años que yo la conozco, porque la conozco bastante bien. Por lo que yo veo, se les están cambiando las actitudes y se les están cambiando las costumbres, que no es fácil, yo te puedo garantizar que no es fácil.

Vos sabés lo que sucede, yo voy y entrego en la calle, en un pasillo. Entrego jeringas y preservativos. A las 9 o las 10 de la noche, me viene una persona con los ojos inyectados, con un brazo chorreando, me dice: "no tengo jeringa, vendémela", porque la jeringa en una farmacia vale centavos, 50 o 40 centavos, pero a las 11 de la noche en un pasillo de la villa, vale 60 veces su valor. Vale más caro una jeringa que un papel de cocaína y es por eso el gran contagio. Al principio me decían: "¿cuánto querés?". Yo les decía: "Nada, no quiero nada, llevate este folleto y llevate la jeringa y unos preservativos" y se me quedaban mirando, hasta que se fueron adaptando y se van formando. Al principio me quedaba porque soy parte del paisaje, porque me conocen como me conoce mucha gente.

Lo primero sería tratar de cambiar las actitudes, que cambien las costumbres, que no compartan ni las jeringas ni los vasos. Para eso se necesita hacer talleres y lo que se necesitan

son espacios públicos y algún político, no uno que lo diga en la campaña, sino uno que lo ejecute. Eso es lo que yo pido y no soy nadie para pedirlo porque soy un Juan de los palotes, pero lo que digo es que mucha gente de la que hay acá puede tener un poco más de acceso.

Después lo que haría falta directamente por lo que se ve en esa zona, sería una casa, yo no sé como le dirían. Sé que hay en otros países, pero yo la llamaría una casa de contención, con los requisitos mínimos, con pautas que se respeten, claras, que tengan un lugar donde descansar, ducharse, poder relajarse, donde puedan escuchar un taller, donde se les pueda dar una clase, donde les puedan transmitir un grado de confianza.

Para cambiar las alternativas que dan las comunidades terapéuticas, porque a mi manera de ver, estas comunidades terapéuticas a la persona la retienen, lo desintoxican, lo recuperan físicamente, lo dejan un "torito", queda re bien, super desintoxicado, muy bien, más o menos con las ideas centradas; pero tiene un vacío adentro y dentro de un corto tiempo, vuelve a reincidir. Quiere decir que el tratamiento fracasa.

Habría que buscar algo nuevo y brindarle desde abajo una confianza. Eso se podría llegar a lograr mediante una casa de contención. Primero, que se ganen la confianza, no directamente decirles: "tenés que dejarte de drogar", sería algo que es muy difícil. Primero, tendrían que ganarse la confianza y después proponer de alguna forma cambios. Solamente tendría que haber alguien que lo organice, que ponga los conocimientos básicos. Una vez ganada la confianza, recién ahí podrían llegarles a dar, no sé si un tratamiento, pero sí tratar de encaminarlos lentamente, porque es un trabajo muy de hormiga. Pero habría que ver quiénes podrían hacerlo. Habría que buscar algún sociólogo o algún psicólogo que se anime a ir organizando tal cosa, habría que ver cuáles son. De verdad, hay médicos que no los quiero ni pintados. He llevado chicos a que

les saquen una aguja y dijeron que espere y estaba chorreando sangre. Los médicos..., ¿los que más se arriman? son los que los llaman practicantes o gente que recién empieza, pero los médicos grandes, son muy pocos los que se arriman.

Irma

Mi nombre es Irma. Les voy a contar que yo estoy muy contenta, soy la persona que entrega los forros y las jeringas, y me alegra mucho eso, me alegra mucho hacerlo y quiero seguir haciéndolo y no quiero que esto se termine. Porque hay gente que necesita ayuda pero no de adentro sino salir afuera, como salieron ellos a la calle, a buscar y a tratar de hablar con los chicos. Con todo el respeto con el que está allá abajo, como yo le digo, el que está "destroyed". Hay que ayudarlo, pero no de adentro de una asociación, adentro de cuatro paredes. No..., en la calle, en la calle, ese es el lugar...

Me siento super, super útil. Porque así estoy ayudando a la gente a no compartir, a que no sea tan estúpida como fuimos nosotros. Porque nosotros no tuvimos lo que tienen ellos ahora. Ahora se los está educando, antes no nos educaban a eso. Antes nosotros lo hacíamos porque lo hacíamos. Ahora sí, están siendo educados. Yo sé cuando los chicos van a ir a tener relaciones con una chica porque primero tienen que pasar por casa. Y para mí, eso es re bueno, y ojo que no tengo amigas, todos son amigos, tengo un montón de amigos y me siento una re madraza con ellos, por eso los ayudo.

Y otra cosa... Me costó mucho venir acá, me costó mucho, pero acá estoy y bueno.... y ojalá Intercambios siga y... ¡aguante Intercambios!

Diego

Yo vine para más que nada agradecerles a ellos, porque con los talleres que hicieron en el barrio hicieron tomar conciencia a muchos chicos de cuidarse. Porque muchos chicos nos inyectábamos sin cuidado y no teníamos muchas nociones de los riesgos que a veces podíamos correr. Que sé yo..., sabíamos los riesgos básicos, que no teníamos que compartir las jeringas, pero compartir filtro o cuchara, era muy cotidiano hacerlo.

Yo por lo menos aprendí de Paula, por lo menos tomé conciencia. Yo antes de inyectarme, nunca me lavaba las manos y siempre Paula me decía: "por lo menos, lávense las manos". Y ahora cada vez que lo hago, siento como la voz de Paula que me dice "andá a lavarte las manos". Es como una voz que me quedó ahí siempre y ahora lo primero que hago es eso, antes de hacerlo, es eso.

Me gustaría que sigan con esto porque es muy bueno; hicieron tomar conciencia a muchos chicos. Porque ellos no vinieron careteando, diciendo "no se droguen". Ellos decían: "¿quieren drogarse?, dróguense pero cuídense también". Ese es el mensaje que me dejaron a mí.

5. A modo de cierre

A continuación, reproducimos las exposiciones del panel de cierre del Seminario "Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención".

Dra. Laura Astarloa*

Me siento muy honrada de estar acá después de haber escuchado a la gente que está trabajando en terreno. Es una emoción muy grande para mí, que vengo trabajando desde hace muchos años en el tema, el poder encontrar que finalmente hemos logrado empezar en Argentina con este sueño de la Reducción de Daños.

Mi primer contacto con la adicción a drogas intravenosas parte del Hospital Muñiz. A fines de los años 70, cuando yo todavía era médica asistencial, empezamos a ver una cantidad de chicos que venían con lesiones atribuibles a infecciones localizadas por el uso de drogas inyectables. Antes nunca lo habíamos visto, yo trabajo en el Hospital Muñiz desde el año '58, así que ustedes pueden pensar que tengo algo de experiencia. Empezamos a ver que esto aumentaba sistemáticamente y nos preocupó enormemente y estamos hablando de épocas previas al SIDA. No estábamos todavía ni siquiera anunciados que existía el SIDA, pero sí existía la adicción a drogas endovenosas, existía el compartir agujas y jeringas y existía el no tener los cuidados elementales para la inyección de drogas.

A partir de entonces han pasado muchas cosas, ha pasado mucha agua debajo del puente. Nosotros hemos estado en dis-

tintas posiciones, en el momento actual estamos en el Programa Nacional de SIDA, y desde el Programa Nacional de SIDA, hemos propiciado, amparado, protegido, este programa de Intercambios. En realidad, lo que el Programa Nacional hizo es tratar de dar un paraguas protector a todas las actividades de Intercambios, actuar de nexo entre Intercambios, una institución de la sociedad civil y una institución internacional como es ONUSIDA, que es la donante del dinero para hacer este tipo de actividades.

Nosotros estamos plenamente convencidos que en SIDA, cualquiera sea el factor de exposición que condiciona la transmisión del VIH, la información y la educación deben ser hechas cara a cara; sin este cara a cara que está haciendo Intercambios es muy difícil llegar a la comprensión clara de las situaciones. Y lo decía Irma hace un rato: "los chicos tienen ahora la posibilidad de tener alguien que les enseñe, cosa que nosotros no tuvimos".

Entonces, creo que este es el mensaje fundamental básico que uno puede recoger de esta experiencia. En la Argentina, cuando uno quiere, se puede. Lo que pasa es que hay que querer mucho para poder y cuesta mucho trabajo ese querer, pero la experiencia me hace decir a mí que son las gentes que quieren mucho, las que pueden.

Mi mensaje es solamente decirle a Intercambios que estamos siempre con ustedes, que estamos tratando que el trabajo de ustedes siga, persista en el tiempo y tratar que este trabajo se amplíe y que todas las instituciones que quieran hacer una cosa semejante, van a tener alguien que las escuche.

En el transcurso de este Seminario hemos podido reconocer la necesidad de vincular la investigación con la intervención, a fin de reducir los problemas asociados al uso inyectable de drogas. Esto es, para decirlo en pocas palabras: "investigamos para intervenir".

A partir del trabajo presentado, es importante distinguir entre **estrategia de reducción de daños y política de reducción de daños**. La experiencia que se ha presentado, demuestra la viabilidad de implementar una estrategia de reducción de daños pero nos habla también de la necesidad que en nuestro país se asuma a la perspectiva de salud pública como política, es decir que los recursos y las decisiones políticas con su consecuente definición de programas, estén acordes con las dimensiones y las características de la epidemia.

El discurso de muchos habla de la imposibilidad de hacer reducción de daños en la Argentina. De alguna manera, ese discurso de la imposibilidad debe ser replanteado, ya no se pueden usar los mismos argumentos que hace un tiempo.

Desde aquí, apelamos a una reflexión acerca de la posible implementación de las medidas de reducción de daños a dos niveles:

› Por un lado, a quienes ocupan puestos de toma de decisiones, para que impulsen a sus equipos técnicos a intervenir incluyendo esta perspectiva.

› Por el otro, a quienes no ocupan lugares jerárquicos pero que todos los días desde el hospital, el centro de salud, los centros de atención en SIDA o en drogas, atienden a una población que requiere de nosotros, creatividad y coraje.

La reducción de daños trabaja desde los derechos de las personas, incluso el derecho a ejercer prácticas que podemos no elegir para nosotros. Escuchar su voz, como lo hemos he-

cho hoy aquí, es también una manera de reivindicar sus derechos.

Para finalizar, recuerdo una frase de la Dra. Annie Mino: "Los usuarios de drogas están haciendo su parte y nosotros..., ¿cuándo haremos la nuestra?" Creo que este es el desafío que hoy se nos está planteando, hay que ver si podemos asumirlo.

Bibliografía

Barcala, A.; Canel, O.; Comes, Y.; Faraone, S.; López Casariego, V.; Luciani Conde, L. y Rabinovitz, L. "SIDA en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El caso del Hospital Muñiz". Maestría de Salud Pública. Universidad de Buenos Aires, mimeo, 1998.

Calabrese, A.; Carballeda A. y Coteló, E. "Correlación entre declaraciones y documentos emitidos por los organismos internacionales (ONU, OEA, OMS, OPS) y las políticas nacionales implementadas para el control del narcotráfico y el uso indebido de drogas". Informe CONICET, mimeo, 1992.

Cymerman, P.; Rossi, D.; Sánchez, A.; Touzé, G. y Vila, M. "La Farmacia como Ambito de Prevención del VIH/SIDA. Orientaciones para el trabajo en farmacias", editado por Intercambios, Buenos Aires, septiembre de 1998.

Galende, E. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual.* Paidós, Buenos Aires, 1997.

Grimberg, M. "Sexualidad y construcción social del HIV/SIDA: las representaciones médicas" en *Cuadernos Médico Sociales* 70. CEES, Rosario, 1995.

Kornblit, A.; Gimenez, L.; Mendes Diz A.; Petracci, M. y Vujosevich, J. *Y el SIDA está entre nosotros... Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad.* Ed. Corregidor, Buenos Aires, 1997.

Marques, F.; Mayer, R. y Siqueira, D. (coord.) *I Entrenamiento (Inter)Nacional de Reducción de Daños a la Salud: Gerencia de Proyectos.* Porto Alegre, 1998, mimeo.

Miguez, H. y Pecci, M. "Farmacodependencia y rehabilitación: encuesta a una población de pacientes". Fundación CEDRO, Buenos Aires, octubre de 1990, mimeo.

Miguez, H. "El paciente adicto" en *Drogas. Mejor ha-*

blar de ciertas cosas. Secretaría de Publicaciones, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA, 1997.

Míguez, H.; Grimson, R. "Patrones socioculturales del abuso de drogas intravenoso". Fundación Proyecto de Vida, Buenos Aires, setiembre de 1997, mimeo.

Miles, M. B. y Huberman, A. M. "Ethical Issues in Analysis", en *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. Newbury Park, California, 1994.

Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. Secretaría de Programación Económica. Documento de Trabajo N° 4. CEPA, Comité Ejecutivo para el Estudio de la Pobreza en la Argentina. Buenos Aires. Marzo, 1994.

Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. INDEC. Encuesta Permanente de Hogares GBA onda Mayo 1999.

Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. INDEC. Serie Análisis Demográfico N° 8: "Estimaciones de la población por Departamento". Periodo 1990/2005.

Ministerio de Justicia de la Nación - Dirección de Política Criminal de la Secretaría de Justicia. Buenos Aires, 1996.

Ministerio de Justicia de la Nación - Dirección de Política Criminal de la Secretaría de Justicia. Buenos Aires, 1998.

Ministerio de Salud y Acción Social - Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Boletín sobre el SIDA en la Argentina, Buenos Aires. Marzo de 1998. Julio de 1999.

Minyersky, N. y Vázquez Acuña, M. *Digesto de leyes nacionales y provinciales de la República Argentina sobre VIH/Sida*. OPS, Buenos Aires, 1997.

Oliva, S. M.; Benetucci, J.; Bases, M.; Redini, L.; Maranzana, A.; Pugliese, D.; Puga, L.; García Messina, O.;

Carlevaro, R.; Ortega, G.: "Patrón epidemiológico de la infección por HIV en Buenos Aires". *III Congreso Argentino de SIDA*, Mar del Plata, 27 al 30 de noviembre de 1997. Resumen CE1-012, pág. 88.

Rhodes, T. *Risk, intervention and change. HIV prevention and drug use*, Health Education Authority, Londres, 1994.

Rossi, D. y Touzé, G. "Derechos humanos, uso de drogas y VIH/SIDA" en *Drogas. Mejor hablar de ciertas cosas*. Secretaría de Publicaciones, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA, 1997.

Rossi, D.; Touzé, G.; Goltzman, P.; Cymerman, P.; Faraone, S.; Ereñú, N.; Rojas, E.; Vásquez, S. "Improving the knowledge about drug injecting population in Argentina". *10th. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*, Ginebra, marzo de 1999.

Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires "Reseña Mensual de Actividades". Julio de 1998, Año III, N° 9.

SEDRONAR "Caracterización de la consulta por consumo de drogas en centros de tratamiento y servicios de urgencia hospitalaria", mimeo, octubre de 1998.

SEDRONAR *El Puente* Año I, N° 4, junio de 1999.

Scrimshaw, S. y Hurtado, E. "Antropología práctica aplicada a problemas de salud", en *Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud*. Universidad de Naciones Unidas - UNICEF- Centro de Estudios Latinoamericanos de UCLA, 1988.

Stimson, G., Des Jarlais, D. y Ball, A. *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*, WHO, UCL Press, Londres, 1998.

Stimson, G. V.; Fitch, C. y Rhodes, T. (Editores) "Guía para la Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas en el Uso de Drogas por Vía Inyectable". Organización Mundial de

la Salud – Programa sobre Abuso de Sustancias, Ginebra, 1998.

Stimson, G. V. y Rhodes, T. (Editores) “Guía para la Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas sobre Uso de Sustancias y Conducta Sexual”. Organización Mundial de la Salud – Programa sobre Abuso de Sustancias, Ginebra, 1998.

Testa, M. *Saber en Salud. La construcción del conocimiento*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.

Touzé, G.; Rossi D.; Cymerman P.; Goltzman P.; Lasala G.; Sánchez A. “Harm reduction in Argentina : a challenge to NGO’s” en *International Journal of Drug Policy*, Volume 10, Issue 1, Amsterdam, 1999.

Wayne Wiebel, W. “Identifying and Gaining Access to Hidden Populations”, en *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*, NIDA Research Monograph 98, National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1990.

Anexo

Participantes del Seminario

Lic. Mariana Accinelli
Facultad de Ciencias Sociales – UBA

Lic. Adriana Acuña
Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación

Lic. Gabriela Armani
Dirección de Prevención de Vicente López

Dr. Daniel Arretone
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Lic. Gabriel Avena
Municipalidad de Quilmes

Dra. María Mercedes Avila
Centro Nacional de Referencia para SIDA

Lic. María Delia Belforte
CESAC 15

Lic. Cristina Cassino
Fundación CRISANTO

Lic. Claudia Back
Dirección de Prevención de Vicente López

Lic. María Eugenia Bergera
Proyecto LUSIDA de Control del SIDA y ETS

Dr. Héctor Bergier
Colegio Médico Pcia. de Buenos Aires – Distrito II

Lic. María Julieta Bettino
Hospital Muñiz

Lic. Edith Bianco
Programa Municipal de Prevención en SIDA y Adicciones de Tres
de Febrero

Lic. Estela Bicci
CAINA

Dr. Claudio Bloch
Proyecto LUSIDA de Control del SIDA y ETS

Lic. Jorge Cacciutto
CENARESO

Lic. Andrea Caire
Hospital Santojanni

Srta. Karina Carballo
Fundación Desde América

Lic. Silvina Carro
Trabajadora Social

Lic. Alicia Cattaneo
CESAC 5

Lic. Ludovico Colacino
CENARESO

Lic. Sergio Cortés
Consejo Nacional del Menor y la Familia

Lic. Eloísa Corton
Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

Dr. Mario Chavero
Programa Municipal de SIDA de Rosario

Dra. María Liliانا Chiesa
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Lic. Guillermo Chirino
Municipalidad de Lomas de Zamora

Dr. Carlos Damin
Hospital Fernández

Lic. Carlos Danielli
CAINA

Lic. Ana María De Bonis
Facultad de Ciencias Sociales – UBA

Lic. Alejandra Delmónico
CENARESO

Lic. Sandra Di Lorenzo
CESAC 10

Lic. Jorge Elías
Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego

Lic. María Felicitas Elías
Poder Judicial - Provincia de Buenos Aires

Lic. Irene Entraigas
Municipalidad de Lomas de Zamora

Prof. Ana Escandel
Escuela Superior de Comercio Carlos Pellegrini

Lic. Adriana Espina
Patronato de Liberados

Lic. Camila Esteves
Casa de los Jóvenes – Parroquia Virgen del Carmen

Lic. Graciela Fernández Cabanillas
Hospital Bernardino Rivadavia

Lic. Norma Fernández
Proyecto LUSIDA de Control del SIDA y ETS

Dra. María Cecilia Fontán
Programa Municipal de Prevención en SIDA y Adicciones de Tres
de Febrero

Lic. Kurt Frieder
Fundación Huésped

Dra. Rosa María Gaitán Ruiz
Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

Dra. Maricel García
Hospital Belgrano

Lic. Verónica Gaudina
Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el
Narcotráfico

Lic. Ester Gelman
CETAD (Salvador, Bahía, Brasil)

Lic. Rubén Ghía
CENARESO

Lic. Silvia Gianni
CENARESO

Lic. Bernardo Gigliotti
Fundación Convivir

Lic. María Liliana Giménez
Instituto de Investigaciones Gino Germani – UBA

Srta. Laura Gobet
Estudiante de Psicología

Lic. Marcelo González
Juzgado de Menores N° 1 de San Martín

Lic. María de los Angeles Goñi
Asociación de Amparo a la Niñez

Srta. Laura Grandoso
Proyecto "Ave Fénix", Facultad de Ciencias Sociales - UBA

Lic. Sebastián Gutiérrez
Psicólogo

Lic. Guillermo Guzmán
Estudio Jurídico Stefanolo

Lic. Perla Hermida
Psicóloga

Lic. Sandra Ismach
Patronato de Liberados

Dr. Rodolfo Kaufmann
Proyecto LUSIDA de Control de SIDA y ETS

Lic. Cecilia Kleine
CESAC 15

Lic. Alvaro Labarrere
Programa Municipal de SIDA de Rosario

Lic. Gustavo Lasala
Facultad de Ciencias Sociales - UBA

Lic. Marina Laski
Mujeres al Oeste

Lic. Hugo Lcale
Facultad de Psicología - UBA

Srta. Constanza Leone
Estudiante Ciencias de la Comunicación - UBA

Dr. Francisco Leone
CUCAIBA

Op. Soc. Claudio Lezcano
Fundación Crecer

Lic. Antonio Linardi
Fundación CRISANTO

Lic. Norberto Lipper
CENARESO

Lic. María Teresa Lodieu
Facultad de Psicología - UBA

Lic. Lorena López
Instituto Ursula Inchausti

Lic. Severo López
Hospital de San Isidro

Lic. Sandra Madeira
Hospital Santojanni

Lic. Silvia Marceca
CESAC 5

Sr. Fabián Marchessi
Fundación RED

Srta. María Cristina Marrel
Estudiante de Farmacia

Dra. Lilitiana Martínez Peralta
Centro Nacional de Referencia de SIDA

Lic. Marcela Masso
Programa Municipal de Prevención en SIDA y Adicciones de Tres
de Febrero

Lic. Ana María Mendes Diz
Instituto de Investigaciones Gino Germani – UBA

Lic. María Isabel Menéndez
CENDA

Lic. Stella Maris Mennucci
CENARESO

Lic. Pablo Monterosso
Municipalidad de Avellaneda

Srta. Stella Maris Moreira
Instituto de Investigaciones Gino Germani – UBA

Dra. Mónica Napoli
Nuestra Vida

Lic. Susana Nervegna
CE.VA.RE.SO

Lic. Mónica Nicolini
Hospital Tornú

Prof. Cristina Magdalena Occhi de Ferrero
Docente

Lic. Evangelina Otero Pizarro
CENARESO

Lic. Claudia Picovsky
Proyecto LUSIDA de Control del SIDA y ETS

Dra. Adriana Procupet
Proyecto LUSIDA de Control del SIDA y ETS

Lic. Graciela Radulich
Fundación El Retoño

Lic. Marcela Raiden
CENARESO

Lic. Victoria Rangugni
Facultad de Ciencias Sociales – UBA

Lic. María Elena Ramognini
Asociación Civil Don Jaime de Nevares

Lic. Cora Rappaport
Facultad de Filosofía y Letras – UBA

Lic. Benjamín Regalsky
Sociólogo

Psic. Soc. Sonia Ripsky
Asociación Intercambios

Lic. Marcela Rizza
CESAC 5

Lic. María Antonia Rodas Gómez
Relats-L

Lic. Susana Ryan
Fondo de Ayuda Toxicológica

Dra. Marta Sadofski
SESAM

Lic. María Salgado
CESAC 5

Lic. Liliana Santi
Proyecto "Ave Fénix", Facultad de Ciencias Sociales - UBA

Lic. María Zaida Saravia
Psicóloga

Lic. Viviana Segal
CENARESO

Dr. Alberto José Schocron
Médico psiquiatra

Prof. Gervasia Sica de Matzkin
Proyecto LUSIDA de Control del SIDA y ETS

Lic. Mabel Sosa
Dirección General de Atención Primaria del Partido de Moreno

Prof. Martha Sosa de Weiss
COVIFAC

Lic. Rodolfo Storani
Coordinación de Prevención del SIDA – GCBA

Lic. María Szalardi
GTZ – Salud

Tec. Ana María Trincheri
Consejo del Menor Provincia de Buenos Aires

Lic. Silvia Turchetto
Centro Preventivo de Adicciones de Hurlingham

Lic. Mercedes Valdés Pages
Instituto Ursula Inchausti

Dra. Silvia Viggiola
Farmacéutica

Dra. Ariadna Viglione
ANMAT

Dr. Marcelo Vila
Asociación Intercambios

Lic. Aurora Vilas
Fundación RED

Sr. Luis Enrique Vivas
Fundación El Retoño

Dr. Peter Weis
GTZ – Salud

Lic. Rubén Wischnevsky
SESAM

Lic. Graciela Zaldúa
Facultad de Psicología - UBA

Se terminó de imprimir en Noviembre de 1999
en **ROLTA** (4865-7337), Ecuador 334 - Buenos Aires



intercambios

ASOCIACION CIVIL PARA EL ESTUDIO Y ATENCION
DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DROGAS