

FECHA DE RECEPCIÓN: 5 de setiembre de 2022
FECHA DE ACEPTACIÓN: 23 de febrero de 2023
FECHA DE PUBLICACIÓN: 5 de mayo de 2023

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: El proyecto de tesis se realizó en el marco del Proyecto UBACyT P040 (Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires) y contó con Beca Doctoral (Secretaría de Ciencia y Técnica, Universidad de Buenos Aires).

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**
avazquez@psi.uba.ar

**REGISTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES
EN SALUD N°:** IS003994

PROCESOS DE ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL Y ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD DE PERSONAS CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Processes of social stigmatization and accessibility to the health system of people with problematic consumption

* Andrea Elizabeth Vázquez. Dra. en Psicología.

Universidad de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El presente trabajo es un recorte seleccionado del proyecto de investigación desarrollado en el marco de la tesis doctoral de la autora. Su objetivo fue analizar los problemas de accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos. MÉTODOS: La estrategia metodológica utilizada adhirió a las dimensiones básicas de la investigación en políticas, sistemas y servicios de salud: abordaje de distintos niveles de análisis y articulación entre academia y servicios de salud. Se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales del sector y a personas con consumos problemáticos en tratamiento en la ciudad de Buenos Aires. RESULTADOS: Lo más significativo del relato de los usuarios fue la profundización del sufrimiento vivenciado por efecto de los procesos de estigmatización social. Los discursos de los profesionales mostraron consenso en la idea de que el sistema de salud suele rechazar la atención de personas con consumos problemáticos. DISCUSIÓN: El problema central no tiene relación específica con las sustancias consumidas, sino con la accesibilidad a los servicios de salud y múltiples derechos que suelen ser vulnerados en las personas afectadas. Es necesario transformar estos puntos relevantes para asegurar un marco de políticas respetuosas de los derechos humanos.

PALABRAS CLAVE: Consumos Problemáticos; Accesibilidad; Barreras; Atención

ABSTRACT. INTRODUCTION: The work presented here is a selected excerpt from the research project developed within the framework of the author's doctoral thesis. Its objective was to analyze the problems of accessibility to the health system for people with problematic consumption. METHODS: The methodological strategy followed the basic dimensions of research in health policies, systems and services: approach to different levels of analysis and articulation between academia and health services. In-depth interviews were conducted with health professionals and people with problematic consumption under treatment in the city of Buenos Aires. RESULTS: The most significant finding of the users' report was the intensification of the suffering experienced as a result of the processes of social stigmatization. The speeches of the professionals showed consensus about the idea that the health care system usually rejects people with problematic consumption. DISCUSSION: The main problem is not specifically related to the substances consumed, but to the accessibility to health services and multiple rights that are usually violated to the detriment of people with these problems. It is necessary to tackle these relevant issues to ensure a policy framework that respects human rights.

KEY WORDS: Problematic Consumption; Accessibility; Barriers; Care

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un recorte seleccionado del proyecto de investigación desarrollado en el marco de la tesis doctoral¹ de la autora. El interés de este artículo se centra en abordar los problemas de accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos.

El surgimiento de esta problemática se instala con características diferenciales, ya sea que se trate de población con acceso a recursos o perteneciente a sectores pobres, que previamente, o en paralelo a la instauración de un consumo problemático, tenía dificultades para acceder al mercado laboral².

Las respuestas sociales a este fenómeno no tardaron en ordenarse alrededor de un paradigma hegemónico conocido como prohibicionismo, que se sostiene fundamentalmente en la estigmatización y la criminalización de consumidores de sectores de derechos vulnerados. La marginación social que produce este conjunto de procesos ha dejado a personas y grupos en una condición que limita el cumplimiento de derechos en general y del derecho a la salud en particular.

En el marco de un proyecto realizado en 2005, el interés estuvo centrado en indagar representaciones y prácticas sobre el consumo problemático en profesionales de la salud de un hospital general estatal. Las representaciones relevadas se dividieron entre las referencias a la problemática como enfermedad y otra que agrupaba una serie de características de personalidad, organizadas como percepciones asociadas a la estigmatización.

El análisis de los discursos de los entrevistados mostró la presencia de ideas en las que prevalecían estereotipos referidos a la persona consumidora como desviado social. Esto se tradujo en prácticas productoras de efectos de rechazo. Allí se concluía que la reproducción de la estigmatización construida socialmente podía contribuir a la producción de barreras de accesibilidad específicas para esta población.

El tema de los consumos problemáticos se encuentra presente en la mayor parte de las caracterizaciones de autores clásicos y actuales que han estudiado las designaciones de anormalidad, desviación o estigma³⁻⁶.

Los sentidos sociales atribuidos a los consumos problemáticos ofrecen un ejemplo especialmente ilustrativo para el análisis de los procesos de estigmatización.

Se definen los consumos problemáticos como “aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”⁷. Se hace referencia asimismo a un conjunto de procesos “a través de los cuales se expresan ciertos malestares

más o menos graves, que pueden tener causas diversas [...], pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo [...]”⁸.

Los discursos estigmatizantes sobre los consumos problemáticos cumplen una función de distorsión, magnificación e invisibilización de algunas dimensiones del problema. Un efecto habitual de esta discursiva es la homologación del usuario a la persona con un problema de consumo. Esto oculta la posible dimensión recreativa del vínculo con algunas sustancias, que padecen de todo el énfasis de la condena social.

En general, existe una gran tolerancia social respecto del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos (aún bajo el formato de ingesta sin prescripción, es decir, automedicación), mientras que se rechaza el consumo de las mismas sustancias por parte de personas que viven en condiciones de pobreza. Tampoco son estigmatizados aquellos consumidores de sustancias legales de circulación controlada, como los psicofármacos.

El discurso del delito asociado a las drogas ilegales tiene un fuerte componente ideológico y produce un efecto de poder explicativo, basado en la suposición de peligrosidad de las personas que las consumen. La situación de quienes han sido alcanzados por la legislación penal muestra que ni siquiera el cumplimiento del castigo logra deshacer la marca de la judicialización. Entre los tipos de estigma, cabe destacar el referido a “los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad”. Ellos surgen de informes sobre “perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas”⁴.

El prohibicionismo no es congruente con el reconocimiento de los derechos de ciudadanía ni con el derecho al consumo de drogas; no al menos para aquellos ciudadanos que viven en situación de pobreza: los estigmatizados. Esto dificulta enormemente las intervenciones y omite reconocer que gran parte de la población consume alguna droga legal o ilegal, produciendo una gran distancia entre realidades cercanas.

El discurso estigmatizante, que señala la necesidad de apartar a las personas con consumos problemáticos, genera en ellas una reacción de aislamiento, que suele impactar en los vínculos con instituciones de salud y redes sociales e invisibiliza sus derechos⁹. Esta operatoria las aleja cada vez más de una potencial inclusión social, profundizando la exclusión y el autoestigma.

Aun cuando el atributo estigmatizante puede repararse, el resultado no implica asumir un estatus normal; en tal caso, la persona se convierte en alguien que ha corregido un defecto particular. La situación suele conllevar una carga de atributos negativos, trato con desconfianza e identificación como sujetos peligrosos¹⁰.

Estos sujetos padecen la discriminación en las

comunidades donde viven. La situación esconde una vulneración de derechos ya que, debido a un acontecimiento que puede ser ocasional, las personas son expuestas a la identificación pública pero luego no reciben compensación alguna por los daños sufridos.

Entre las anomalías que integran la jurisdicción de la medicina, se encuentran el alcoholismo y la dependencia de drogas junto a hiperactividad infantil, suicidio, obesidad, delincuencia, violencia y problemas de aprendizaje. Para que la anomalía sea reconocida como perteneciente a su órbita, tienen lugar aprobaciones simbólicas en reuniones de investigación y profesionales. En el caso norteamericano, para la adicción a las drogas esta aprobación "llegó en un informe de 1960 preparado por el Comité Conjunto de la Asociación Judicial Americana y la Asociación Médica Americana"¹¹. Un caso particular lo plantean ciertas modalidades de tratamiento en que se mantiene la nominación estigmatizante o se le antepone el prefijo *ex* (*ex adicto*, *ex alcohólico*, etc.), aun cuando lo que lo originó ha desaparecido. Tal es la situación de personas que han abandonado el alcohol durante más de 20 años y asisten a reuniones en las que todos se autodenominan alcohólicos; o en algunas instituciones bajo la modalidad de comunidad terapéutica, en las cuales *ex* consumidores problemáticos acompañan a quienes ingresan para su tratamiento.

La cuestión de los consumos problemáticos en esta época representa una suerte de historia de malos antecedentes morales. El estigma de la delincuencia, la enfermedad o la pobreza produce una individualización de los problemas humanos, que invisibiliza la dimensión social y puede operar como un medio de control social formal. La adjudicación de mala reputación a un individuo por parte de alguien que no lo conoce tiene una función de control social⁹, es decir, supone la búsqueda (por parte de quienes están habilitados, principalmente funcionarios) de personas identificables por sus antecedentes tanto morales como delictivos.

El análisis de las particularidades adquiridas por el tratamiento del tema en esta época ha llevado a estudiar las funciones que cumple en la sociedad actual y a ser conceptualizado por Foucault como dispositivo¹². Tiene una función estratégica, que va desde su utilidad en términos económicos y geopolíticos hasta la institución de un nuevo tipo de subjetividad, objeto de tutela, rechazo social y fundante de un sinnúmero de prácticas jurídicas, médicas y psicológicas¹³.

La estigmatización desfigura la realidad y habilita el control social bajo el fundamento de la salud. Cada época define alguna enfermedad emblemática, para hacerla depositaria de los males sociales. Si bien es cierto que no hay relación explicativa entre pobreza y consumo, también es cierto que las personas pobres con consumos problemáticos son aquellas sobre las cuales más impactan los procesos de estigma social, con el consecuente deterioro de sus vidas cotidianas. Por eso, las políticas sociales y

de salud deberían referenciar sus propuestas no solo en la pobreza, sino en el círculo de pobreza del que forman parte esos consumos¹⁴.

En los países de América Latina existen importantes brechas en la atención en salud. En el caso de la salud mental, los problemas de acceso son particularmente graves. Las personas con problemas de salud mental son excluidas por diversas causas pero, además, se agrega una motivación por la especificidad de su padecimiento, que suele producir gran desvalorización social y, en ocasiones, autoexclusión por temor a la discriminación. A pesar de su estrecha relación con la exclusión en salud, la estigmatización (a diferencia del género o la etnia) no ha sido suficientemente considerada como variable¹⁵.

En el campo del sanitarismo, el concepto de accesibilidad fue muy usado desde la década del 60. La definición centrada en la oferta permitió pensar el acceso como el resultado de la existencia de efectores y una población asignada (con lógica territorial: a determinado efector le corresponde cubrir determinada área con determinado número de habitantes). Desde esta perspectiva sería clave eliminar las barreras que pudieran interponerse¹⁶. No obstante, luego fue necesario encontrar nuevas explicaciones frente a situaciones en las cuales, aun existiendo efectores y población, no se daba el contacto. Profesionales de campos distintos al de la psicología (ámbito de pertenencia de la autora), tales como la antropología y la sociología, produjeron nuevas explicaciones, que pusieron en jaque la idea de una relación lineal entre disponibilidad y utilización.

En este trabajo, la accesibilidad a la atención en salud se define como "el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios [...] y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios"¹⁷. La definición de la accesibilidad como un vínculo imprime una perspectiva diferencial para el estudio de las barreras de acceso; supone enfatizar la dimensión procesual y compleja que caracteriza este vínculo. Al hablar de accesibilidad, hay consenso en establecer que dicha categoría conceptual se divide en algunas dimensiones: geográfica, económica o financiera, administrativa u organizativa y cultural.

Dado que en el concepto de accesibilidad se articulan los sujetos y los servicios como actores del sistema de salud, en su encuentro se expresa tanto la posibilidad de los sujetos de acceder a los servicios requeridos como la disponibilidad de los servicios para contener a sujetos necesitados de atención¹⁸.

El concepto de barreras de accesibilidad, a su vez, hace referencia a las situaciones (dimensiones de la accesibilidad) que obstaculizan el contacto entre las personas y los servicios de salud, es decir, a las distintas causas que pueden producir un efecto de rechazo u obstáculo para recibir atención.

Para analizar el vínculo entre personas con consumos problemáticos y servicios de salud, conviene introducir una conceptualización teórico-metodológica de los procesos asistenciales. Se define la asistencia como el conjunto de

prácticas relativas a la salud. El contexto asistencial incluye la referencia a técnicas y praxis, así como a complejos procesos sociales en los que intervienen valoraciones de tipo ético y moral. Desde esta perspectiva, es clave relevar la ideología que habilita (o no) un proceso asistencial sobre el asistible (y su entorno) mientras se encuentra vigente su condición de asistibilidad. La visibilidad de estas personas como potenciales asistibles es la condición que les permite acceder a la atención en salud⁸.

Algunos dispositivos de atención suponen modalidades tan restringidas y alejadas de la realidad de la mayoría que solo un pequeño grupo de pacientes y sus familiares pueden sostenerlos. Se promueve así el deambular¹⁹, es decir, en lugar de alojar a las personas según sus condiciones de vida, se las enfrenta a cumplir horarios y requisitos que se tornan inalcanzables. Los sujetos vuelven a ser lanzados a un espacio de no resolución de sus problemas, lo que acenúa la distancia entre las personas y el sistema de salud.

En un trabajo sobre las consecuencias de la criminalización del consumo de drogas en los vínculos entre instituciones de salud y usuarios de drogas que viven en condiciones de marginación social, se analiza la sospecha como lógica que estructura una barrera entre los usuarios y el sistema de salud. Reconocer esta lógica como barrera, según Epele, supone ampliar las nociones tradicionales sobre problemas económicos, geográficos y culturales. La lógica de la sospecha es "aquel conjunto heteróclito de prácticas simbólicas que definen las propiedades de los vínculos y las posiciones entre los usuarios/as de drogas y las instituciones del Estado, particularmente las de salud"²⁰.

El objetivo general del presente estudio fue analizar los problemas de accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos.

MÉTODOS

La estrategia metodológica adhirió a las dimensiones básicas de la investigación en políticas, sistemas y servicios de salud²¹: abordaje de distintos niveles de análisis (económico, institucional, de la vida cotidiana²²) y articulación entre academia y servicios de salud.

Esta metodología permitió abordar problemas complejos desde una perspectiva transformadora de la realidad, incluyó la voz de las personas implicadas en la problemática y se orientó hacia la aplicación del conocimiento producido y la transferencia de resultados a los servicios de salud y a los ámbitos de toma de decisiones.

Se trató de un estudio descriptivo en profundidad, que no incluyó prueba de hipótesis en el sentido estricto del término. La concepción de método y las herramientas metodológicas empleadas respondieron a una estrategia cualitativa. Una abundante bibliografía relacionada con los métodos cualitativos avaló esta posición. Se abandonó la idea de hipótesis formales por el mundo de significados construidos por los propios sujetos²³.

Para las entrevistas en profundidad se realizó un muestreo teórico, y la cantidad de sujetos se decidió por saturación²⁴.

Se tomaron como unidades de análisis los discursos de profesionales de la salud y de personas en tratamiento por su consumo problemático en los servicios de salud seleccionados, integrantes de la Red Metropolitana de Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires. El trabajo de campo se realizó entre 2013 y 2014.

La accesibilidad se operacionalizó a partir de la diferenciación de cuatro dimensiones: geográfica, económica, organizacional y simbólica. Este universo simbólico está conformado por las representaciones que construyen los sujetos y que expresan las relaciones sociales que las producen²⁵.

Todas las dimensiones contienen la idea de que, si hay oferta de servicios y no se puede acceder a ellos, existe una barrera de accesibilidad²⁶. A diferencia de lo anterior, la inexistencia de oferta de servicios produce un problema de equidad.

Para operacionalizar el concepto de procesos de estigmatización, se tomaron las dimensiones de la "Formulación de indicadores para caracterizar la estigmatización como barrera de acceso a los servicios de salud"¹⁵: exclusión asociada a la atención en salud y autoexclusión.

Se partió de un supuesto para su posterior profundización y revisión: los procesos de estigmatización producen barreras de accesibilidad específicas para las personas con consumos problemáticos y favorecen la exclusión en salud de esta población.

Las técnicas de producción de datos utilizadas fueron: entrevistas en profundidad y observación en terreno. El análisis documental y las entrevistas con informantes clave se abordaron mediante categorización de contenidos. Las entrevistas en profundidad se procesaron por medio de generación de categorías, que agruparon fragmentos discursivos significativos y fragmentos narrativos¹⁵. El recurso informático utilizado para su procesamiento fue el programa Atlas.ti, versión 7.

La investigación se enmarcó en los principios de responsabilidad ética y social relativos a la actividad científica y tecnológica, y garantiza que no es susceptible de afectar los derechos humanos. En todos los casos se administró el consentimiento informado y se grabó el material de las entrevistas.

RESULTADOS

Casi todos los entrevistados (de aquí en adelante mencionados con la primera letra de su nombre) refirieron vivencias de rechazo por su condición de consumidores problemáticos.

El rechazo se dividió en cuatro dimensiones: la familia, los amigos, los vecinos y el sistema de salud. Los relatos más sufrientes aludieron a las tensiones familiares.

En general, los sentimientos predominantes en cuanto a la percepción de rechazo fueron la pérdida de confianza por parte de la familia, el abandono por parte de los amigos, la culpabilización por parte de los vecinos y la desvalorización por parte del sistema de salud.

En lo que respecta a la percepción de rechazo por parte del sistema de salud, se relataron diferentes situaciones. En un caso, el usuario repitió lo que le habían dicho en un centro de salud de su provincia natal:

A: "No, no, iváyase!".

Otro de los entrevistados ejemplificó la situación con fragmentos de una charla con el profesional a cargo del tratamiento en una comunidad terapéutica:

P: "Yo sentía cuando hablaba con él que uno hacía todo el esfuerzo haciendo cosas, y como que él te tiraba abajo. Por ejemplo, en la huerta, contento —habían crecido chocos, habían salido los tomates—, viene, andaba siempre dando vueltas: 'Mirá, son chiquitos estos tomates, acá no pega, acá no pusiste bien para que... acá el sol no da para que salgan buenos tomates'. Entonces es como que 'y bueno, ¡jodete!' ¿Te gusta el durazno? Bancate la pelusa".

En otro caso, la entrevistada relató las preguntas que le habían realizado en el servicio de guardia de un hospital general:

G1: "Cuando caí internada de sobredosis [...] los médicos dicen: '¿Con qué te drogás? ¿Con qué te pasaste?' 'Con GHB'. '¿Qué droga?' Como diciendo: ¡Qué drogadictos de mierda que son!"

El autoestigma fue la categoría que adquirió relevancia en términos de su poder explicativo, como barrera de accesibilidad específica para la problemática y producción de sufrimiento subjetivo.

Todos los entrevistados narraron sentimientos asociados a la etiqueta de consumidor problemático: vergüenza, dolor, baja autoestima, autoculpabilización y desvalorización:

A: "Todos me echan [...] me voy y me tomo un vino allá abajo del puente y nadie me dice nada, nadie me molesta [...] culpable, culpable, culpable de que yo era así [...] nosotros pasamos y sufrimos, sufrimos lo que pensamos, lo que hacemos".

M: "Sabían que el único bardero mal, mal, mal soy yo ahí. ¿Entendés? En el sentido drogado. 'Mirá si pasa mi mamá por ahí'. O por ahí yo me ponía a fumar y digo: 'Mirá si pasa mi hermano y me ve fumando'. Eso me hacía remal [...] vergüenza me agarraba cuando mi mamá me llamaba y me decía: 'Vení a casa, cambiate, bañate' [...] me agarraba vergüenza salir y ver que la gente te miraba, más que nunca me habían visto así".

I: "Me ha maltratado mucho. Entre otras de las cosas que me dijo es que yo tomaba mucho alcohol [...] sufrí mucho, me sentí mal [...] fui bastante maltratada, pero vine de allá y más o menos le conté a mis hijas, y después un día estaba muy angustiada".

G: "No, yo dije no, no me aguanto más, y el dolor no para".

C: "Las drogas... baja autoestima".

Lo más significativo de los relatos fue la profundización del sufrimiento de estas personas por efecto de los procesos de estigma. En todos los discursos hubo indicios de haber vivido situaciones dolorosas (experiencias de abandono, rechazo, vida en situación de calle, soledad,

pérdidas y un conjunto de huellas que describieron la vivencia de "ser la etiqueta").

En cuanto a los discursos de los profesionales, mostraron consenso en la idea de que la cuestión de los consumos problemáticos es un tema olvidado y rechazado desde la perspectiva de las políticas y el sistema de salud.

Con respecto al rechazo por parte del sistema de salud, los profesionales lo expresaron de la siguiente forma:

"En los lugares donde se atiende salud mental, no se atienden adicciones [...] parecería como que la adicción es una entidad aparte de la salud mental, lo cual es tremendo, esa es la sensación que yo tengo siempre. 'Adicciones nosotros no atendemos'... es como complicado" (Profesional de la Medicina 1).

"Lo principal que hace falta acá es educar al sistema de salud, al enfermero, al médico, a todos digamos, porque por más que sea médico, un médico que no sale del consultorio... ¿me entendés?" (Profesional de la Enfermería).

"En algunos de los servicios de salud mental, si sos adicto, no te atienden" (Profesional de la Medicina 2).

La mayoría de los profesionales consideraron que la problemática no forma parte de la agenda sanitaria de la ciudad. Fue llamativa la naturalización de la existencia de profesionales y efectores que rechazan la atención de estas personas. Los sentidos estigmatizantes referidos son los mismos que las personas en tratamiento entrevistadas han vivenciado en alguna de las instancias de contacto con el sistema de salud.

Las principales necesidades descritas por los profesionales fueron la formación de los recursos humanos, el financiamiento y, sobre todo, la voluntad política de mejorar la atención en salud de esta población.

A la fragmentación del sistema de salud (plasmada en la falta de comunicación entre niveles de complejidad) se suma la falta de comunicación entre sectores (educación, trabajo y vivienda, como los más necesarios), así como la desconexión entre servicios o equipos de diferentes efectores, dentro del mismo efector y entre las distintas disciplinas.

"Acá tenemos que establecer consensos, o el paciente se lleva una respuesta fragmentada" (Profesional de la Psicología).

"A ver... me viene mucho a la cabeza una chica con problemas de drogadependencia [...] hubo un momento en el que dejó de venir al tratamiento, y el lugar donde nos la encontrábamos siempre era la enfermería, y en la enfermería tenía golpes y heridas cada vez más graves, ¿no? Entonces hubo un momento en el que yo dije 'bueno, todo bien con todo lo demás, pero acá ya tenemos un límite; si no hacemos algo que va más allá de lo que veníamos haciendo, la próxima no la cuenta esta chica'" (Profesional del Trabajo Social 1).

"Me acuerdo que en una época estaba la Casa del Paco, que estaba en Flores, pero también todo eso fue medio extraño cómo se manejó; no se sabía cómo se hacía para hacer llegar a los pacientes [...] no soy yo generalmente

la que se ocupa de la adicción y eso. Después tenemos... no sé, toxicología del Fernández para los cuadros agudos, todas cosas así medio sueltas [...] con respecto a X [asentamiento barrial], ahora está medio complicado acá en el Centro de Salud, porque teóricamente no es de nuestra área, y qué sé yo... por otro lado me llegan a través de pediatras, de trabajadoras sociales que los captan y me las traen para que yo las vea" (Profesional de la Medicina 1).

"El tema de salud... no es que podés consultar como sujeto sufriente, sino calificado, como si fuera con la cualidad de tu síntoma. Entonces, si vos 'sos adicto', tenés que ir a un lugar de adictos [...] hay que cuestionar la forma de organización de los sistemas sanitarios también en general, ¿no? Pasa que es muy complejo este tema. ¿Es una pregunta por nuestra fragmentación institucional? Algo creo que se hace [...] la verdad es que debería saber, pero no sé más" (Profesional de la Medicina 2).

"Son todos programitas aislados que se le ocurren a algún iluminado, sin sostén en el tiempo [...] ellos no están de acuerdo con el trabajo interdisciplinario, porque dicen que el paciente es de ellos. Una vez que atravesó el servicio de salud mental, no podemos compartir nuestro pensamiento porque ellos son pensamiento único" (Profesional de la Medicina 3).

"¡No, sabes que no! En la guía de salud mental dice, pero la verdad no. Desconozco. Yo desconozco" (Profesional del Trabajo Social 2).

En definitiva, casi todos los entrevistados relataron situaciones que evidencian la desarticulación del sistema de salud o reflexionaron críticamente acerca de ello.

DISCUSIÓN

Los procesos de estigmatización sobre los consumos problemáticos producen barreras de accesibilidad específicas para las personas consumidoras y favorecen la exclusión en salud de esta población. Sin embargo, aún no han sido suficientemente estudiados y siguen siendo subreconocidos en la producción de inequidad en salud.

El sistema de salud es uno de los actores clave en la configuración de los cambios. Desde esta perspectiva, cobra relevancia su punto de mira privilegiado para estudiar las trayectorias institucionales que realizan las personas en busca de la atención en salud. Su análisis permite considerar las experiencias particulares de los sujetos a la luz de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales. Resulta esencial conocer los modos en los que los sujetos construyen sus decisiones de consulta y en los que estas decisiones se relacionan con la utilización de los servicios. Estas trayectorias también definen cómo los servicios caracterizan el problema de salud y de qué manera los profesionales conceptualizan problemas complejos.

El hallazgo del campo fue escuchar que todos los entrevistados han evitado diversas situaciones de la vida cotidiana (en ocasiones, acercarse al sistema de salud) por el temor a volver a ser rechazados. Como respuesta

en espejo a la expectativa social de que se aislen, se profundiza el aislamiento social con la consiguiente pérdida de autonomía y, finalmente, de derechos ciudadanos.

La paradoja es que las personas con consumos problemáticos reproducen los procesos de estigmatización, configurando profundas situaciones de autoestigma.

Desde hace casi dos décadas algunos organismos internacionales¹⁵ proponen que se incluya en la agenda política y sanitaria de los países la cuestión de la accesibilidad a la atención en salud para personas con diversas problemáticas de salud mental. Para ello, es clave implementar políticas de inclusión social, visualizar los efectos de los procesos de estigmatización, intervenir para restituir los derechos de las personas estigmatizadas y posicionarse críticamente frente a situaciones que obstaculizan y vulneran el derecho a la atención en salud.

El problema central no tiene relación específica con las sustancias consumidas, sino con la accesibilidad a los servicios de salud y múltiples derechos que suelen ser vulnerados en las personas afectadas. Se torna fundamental poner el eje en los sujetos y en su inclusión social; captar las realidades locales y desarrollar intervenciones que reconozcan sus especificidades históricas, sociales y culturales; potenciar el pleno acceso a los derechos y la capacidad de transformación de la realidad de personas y grupos; y construir estrategias de trabajo que propongan un abordaje integral, acorde a la complejidad de la problemática. Estos son algunos de los puntos relevantes que deben transformarse para asegurar un marco de políticas respetuosas de los derechos humanos.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El estudio de los procesos de estigmatización sobre los consumos problemáticos se articula con la importancia de conocer los modos en que los sujetos construyen sus representaciones y en que estos sentidos se relacionan con la utilización de servicios de salud. Resulta clave ampliar la agenda para investigar las implicancias de los discursos de estigma en el campo de la salud. Esta investigación promueve un avance conceptual de tales características, que puede tener profundas repercusiones teóricas y favorecer una transformación práctica dirigida a facilitar la accesibilidad a la atención en salud de personas con consumos problemáticos.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La capacitación es uno de los aspectos clave en la transformación de las prácticas asistenciales de atención de personas con problemáticas de salud mental. Toda reforma en salud mental debe contar con la voluntad política para realizar cambios, el financiamiento para efectuarlos y la producción de nuevos y mejores conocimientos para su implementación. Los conocimientos aportados aquí son insumos para la formación de recursos humanos que

favorezcan el cumplimiento del derecho a la salud como parte del ejercicio de ciudadanía. Se desprende, además, la posibilidad de estrechar lazos entre la producción académica y la toma de decisiones en el sector salud.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La contribución del presente estudio va en línea con los organismos internacionales, que han señalado lo siguiente:

“La estigmatización asociada a los problemas de salud mental genera una serie de condiciones adversas conducentes a la exclusión en salud. Sin embargo, este fenómeno es en general poco estudiado.” El mismo documento plantea la necesidad de realizar este tipo de estudios para “establecer la importancia del estigma como barrera de acceso a los servicios de salud e identificar elementos que permitan reducir la exclusión en salud”¹⁵.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Vázquez AE. Procesos de estigmatización social y accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos. *Rev Argent Salud Pública*. 2023;15:e96. Publicación electrónica 5 de May de 2023.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Vázquez A. Drogadependencia, Subjetividad y Estigma: Procesos de Estigmatización y su Relación con la Accesibilidad de Personas Drogadependientes a Servicios de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Período 2002-2010 [tesis doctoral]. Buenos Aires: UBA; 2014.

² Vázquez A. Estigmas sobre la Drogadependencia: Accesibilidad a Servicios de Salud y Dignidad en la Atención de Drogadependientes. Saarbrücken: Editorial Académica Española; 2011.

³ Conrad P, Schneider J. Deviance and medicalization. From badness to sickness. Columbus (OH): Merrill Publishing Company; 1985.

⁴ Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.

⁵ Menéndez E. El modelo médico hegemónico. En: Morir de alcohol: Saber y Hegemonía Médica. Ciudad de México: Ediciones de la Casa Chata; 1990. p.83-117.

⁶ Galende E. Subjetividad y cultura: el malestar de la individuación. En: De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós; 1997. p. 63-132.

⁷ Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Ley 26934 [Internet]. Buenos Aires: Honorable Congreso de la Nación Argentina; 2014 [citado 17 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>

⁸ Romani O. Las drogas. Sueños y razones. Ariel: Barcelona; 2004.

⁹ Zamudio Angles C, Castillo Ortega LI. Primera Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales en la Ciudad de México. Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas. Ciudad de México: Becker & Marcus; 2012.

¹⁰ Mercado Maldonado A, Briseño Cruz P. El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. Espacios Públicos [Internet]. 2014 [citado 17 Mar 2023];17(39):137-157. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/676/67630574008.pdf>

¹¹ Conrad P. Sobre la medicalización de la anomalía y el control social. En: Ingleby D, ed. Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental. Barcelona: Crítica-Grijalbo; 1982. p. 129-159.

¹² Terán O. Michel Foucault. El discurso del poder. Buenos Aires: Folios; 1983.

¹³ Dimov MI. El dispositivo “drogadependencia”. Psicoanálisis y el Hospital. Toxicidad y Adicciones. 2005;14(27):88-96.

¹⁴ Menéndez E. Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. Salud Colect [Internet]. 2012 [citado 17 Mar 2023];8(1):9-24. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/>

article/view/77

¹⁵ Link B, Phelan J. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. Washington D. C.: OMS/OPS; 2005.

¹⁶ Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones [Internet]. 2007 [citado 17 Mar 2023]; XIV:201-209. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>

¹⁷ Barcala A, Stolkner A. Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso. Anuario de Investigaciones [Internet]. 2000 [citado 17 Mar 2023]; VIII:282-295. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/in/lil-758759>

¹⁸ Comes Y, Stolkner A. “Si pudiera pagaría”: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones [Internet]. 2004 [citado 17 Mar 2023];XII:137-143. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-427824>

¹⁹ Perugini A. Fisuras. En: Tasin J, Ragone K, Perugini A. El paco. La historia como fracaso. Buenos Aires: Yotser Libros; 2012. p. 81-117.

²⁰ Epele M. La lógica de la sospecha. Sobre la criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. Cuadernos de Antropología Social. 2007;25:153-170.

²¹ Almeida C. Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo histórico y tendencias. Cuadernos para la Discusión. 2000;(1):11-35.

²² Stolkner A. Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental / I Jornadas Provinciales de Psicología [Internet]. Posadas: FePRA; 2005 [citado 4 Sep 2022]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkner_interdisciplina_salud_mental.pdf

²³ Strauss AL, Corbin J. Grounded theory methodology: An overview. En: Denzin NK, Lincoln YS, ed. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994. p. 273-285.

²⁴ Denzin N, Lincoln Y. Introducción general. En: Denzin N, Lincoln Y, comp. Manual de investigación cualitativa. Volumen I: El campo de la investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2011. p. 43-101.

²⁵ de Souza Minayo MC, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Investigación social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar; 2004.

²⁶ Comes Y. El concepto de accesibilidad: una revisión conceptual. Documento Laboris, Proyecto UBACyT P077. Buenos Aires: UBA; 2003.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.