

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud. El caso de la ciudad de Buenos Aires.

Vázquez, Andrea Elizabeth.

Cita:

Vázquez, Andrea Elizabeth (2013). *Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud. El caso de la ciudad de Buenos Aires. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/310>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/Bn0>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

BARRERAS DE ACCESIBILIDAD DE DROGADEPENDIENTES A SERVICIOS DE SALUD. EL CASO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Vázquez, Andrea Elizabeth

Secretaría de Ciencia y Técnica, Universidad de Buenos Aires

Resumen

El objetivo del artículo es construir articulaciones entre los procesos de estigmatización social y la drogadependencia como un caso particular de exclusión en salud. Para ello, se realiza una revisión bibliográfica y documental y se analizan resultados seleccionados de una investigación que indagó la relación entre los procesos de estigma social sobre la drogadependencia y sus efectos en la accesibilidad de drogadependientes a la atención en salud. La relevancia de estudiar los discursos sobre la drogadependencia, se relaciona con la importancia de conocer los modos en que los sujetos construyen sus representaciones y el modo en que estos discursos se relacionan con la utilización de los Servicios.

Palabras clave

Barreras, Accesibilidad, Drogadependencia, Servicios de salud

Abstract

BARRIERS OF ACCESSIBILITY OF DROGADEPENDIENTES TO SERVICES OF HEALTH. THE CASE OF THE BUENOS AIRES CITY

The aim of the article is to construct joints between the processes of stigmatization socially and the dependence of drug as a particular case of exclusion in health. For it, there is realized a bibliographical and documentary review and there are analyzed results selected of an investigation that investigated the relation between the processes of social stigma on the dependence of drug and his effects in the accessibility of dependent to drugs to the attention in health. The relevancy of studying the speeches on the dependence of drug, relates to the importance of knowing the manners in which the subjects construct his representations and the way in which these speeches relate to the utilization of the Services.

Key words

Barriers, Accessibility, Dependence of drug, Health services

Introducción

El objetivo del artículo es construir articulaciones entre los procesos de estigmatización social y la drogadependencia como un caso particular de exclusión en salud. Para ello, se realiza una revisión bibliográfica y documental y se analizan resultados seleccionados de una investigación que indagó[i] la relación entre los procesos de estigma social sobre la drogadependencia y sus efectos en la accesibilidad de drogadependientes a la atención en salud.

El trabajo constituye un avance en la construcción de las categorías teóricas de la tesis doctoral de la autora. Dicho proyecto cuenta con una beca de investigación[ii] y se enmarca en un Proyecto UBACyT[iii].

Procesos de estigma sobre la drogadependencia y exclusión en salud

El problema de la drogadependencia, ofrece un ejemplo especialmente ilustrativo para el análisis de los procesos de estigmatización. Para introducir este punto, es de particular interés tomar uno de los tipos de estigma descritos por Goffman (2006, p.14). 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*".

Además de los distintos casos citados por este autor, nos interesa señalar la persistencia del estigma de las adicciones a las drogas (Romaní, 1997), pues en los últimos decenios se ha profundizado un discurso caracterizado por la criminalización y estigmatización de determinados drogadependientes.

La relación entre drogas y pobreza se convierte en uno de los efectos más duraderos de las políticas neoliberales de las últimas dos décadas. Una política del sufrimiento (Fassin, 1999). El estigma de la delincuencia, la enfermedad y/o la pobreza, produce una individualización de los problemas humanos que invisibiliza su dimensión social.

Por ello, algunos autores conceptualizan al sufrimiento producido por estos procesos como maltrato social, vivencia que ha sido denominada como "*oppression illness*" (Epele, 2002, p.127).

Cabe introducir alguna precisión con respecto a los conceptos de drogas y de enfermedad que aquí utilizamos.

Por lo que se refiere a las drogas, desde la perspectiva teórica con la que trabajamos el foco de la cuestión está puesto en las definiciones sociales que se producen acerca del vínculo entre los sujetos y las drogas más que en las sustancias en sí mismas. Por drogadependencia, entendemos: "(...) *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 (...) de determinadas drogas*" (Romaní, 2004, p.55).

En cuanto a la enfermedad, la sociología médica parsoniana distingue la enfermedad (*disease*) entendida como conjunto de eventos físicos, biológicos y psíquicos con existencia objetiva de mal, y dolencia (*illness*), que refiere al estado subjetivo experimentado por el individuo en el papel de enfermo. Posteriormente se propuso el concepto de *sickness*, para hacer referencia al encuadre social de la enfermedad y la determinación social del papel de enfermo (De Almeida Filho, 2000, p.87)

Accesibilidad a servicios de salud: sufrimiento y ciudadanía.

Los discursos estigmatizantes sobre el uso de drogas ilegales y la

drogadependencia, cumplen una función de distorsión, magnificación e invisibilización de algunas dimensiones del problema.

Si bien existen diferencias en cuanto a si la sustancia consumida es legal o no, la mirada social estigmatizante se vincula más a “quién consume” que a “que consume”. En general existe una gran tolerancia social (Miguez, 2009) respecto del consumo de tabaco, alcohol, y medicamentos (aún bajo el formato de ingesta sin prescripción, es decir automedicación) por una gran parte de la población, mientras 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 (tal como los psicofármacos) que no las obtienen en circuitos ilegales y/o marginales, si se los compara con aquellos que solo pueden obtenerlas en estos circuitos (Vázquez, 2010).

El problema de la drogadependencia, en sus diferentes nominaciones (uso, abuso, adicción, alcoholismo, toxicomanía, etc.), se encuentra presente en la mayor parte de las caracterizaciones de los autores que estudian las designaciones de anormalidad, desviación y/o estigma (Freidson 1978, Conrad, 1982, Conrad y Schneider, 1985, Menéndez, 1990, Galende, 1997, Goffman, 2006)

Uno de los efectos principales de la estigmatización, es su capacidad de producir grupos específicos de ciudadanos que ven limitado su cumplimiento de derechos tales como el derecho a la atención en salud. Estos grupos, ponen en juego una operación de encubrimiento en diferentes momentos de la vida cotidiana, tal como puede ser el contacto con una institución pública.

El énfasis del consumo de drogas puesto en el vínculo con las sustancias ilegales (y su prohibición), ha relegado a un modesto segundo plano (Aureano, 2003), las cuestiones relativas a la salud. La salud es un derecho humano fundamental que implica el acceso universal a los servicios: oportunos, humanizados y adecuados culturalmente (Carta de Brasilia, 2007).

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” (Barcala y Stolkner, 2000, p.283). La particularidad de definir 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 el vínculo entre los sujetos y los servicios de salud.

La relevancia de estudiar los discursos sobre la drogadependencia, se relaciona con la importancia de conocer los modos en que los sujetos construyen sus representaciones y el modo en que estos discursos se relacionan con la utilización de los Servicios.

I. Accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud^[iv]

En la literatura sobre el concepto de Accesibilidad, hay acuerdo en dividirla en diferentes dimensiones: geográfica, económica, organizacional y cultural. Todas estas dimensiones, contienen la idea de que si existe la oferta de servicios y no se puede acceder, estamos ante una barrera de accesibilidad. (OPS/OMS/OIT, 2002)

A los fines de este trabajo, se presentan fragmentos de entrevistas a profesionales de la salud y se analiza su relación con la dimensión cultural de la accesibilidad.

Estudio de caso de la Ciudad de Buenos Aires^[v]

En este caso, la accesibilidad cultural fue definida como aquello que alude al universo simbólico de un sujeto (Comes, 2003). Este está conformado por las representaciones que construyen los sujetos y que expresan las relaciones sociales que las producen^[vi].

Acerca de la visión en los Servicios de salud

En el estudio se indagaron representaciones y prácticas sobre la drogadependencia. Las representaciones relevadas, se dividieron entre: referencias a la drogadependencia como *enfermedad* y una representación que agrupaba una serie de *características de personalidad* que denominamos *percepciones asociadas a la estigmatización*.

Algunos se refirieron a la drogadependencia como *enfermedad*, enfatizando que se trata de personas que *no pueden* decidir parar:

Profesional 1: “ (...) como que si uno **no puede** dejar de hacerlo, lo hace reiteradamente y **no puede** manejar de alguna manera la relación que tienen con esa sustancia, con ese comportamiento o con esa situación, creo que ahí se genera esta cosa, esta conducta más adicta, en el **no poder** manejar, **no poder** controlar, **no poder** parar”. **Profesional 2:** “ (...) la drogadependencia es un síntoma (...) el vínculo que se genera con la droga, como que es un vínculo muy masivo”. **Profesional 4:** “Cuando son realmente drogadependientes, les imposibilita seguir con las pautas habituales de la vida”.

Profesional 10: “drogadependencia es el momento en el que **no lo puede** dejar, de dos tipos, de dos maneras, una que es la forma psíquica y otra que es la forma física, hay una dependencia psíquica o hay una dependencia orgánica en la cual, yo **no puedo** dejarla”.

Profesional 11: “Es depender, depender del otro, es **no poder** ser uno, es tener la necesidad permanente de recurrir a un otro, a un otro que puede ser el alcohol, medicación, drogas”. **Profesional 12:** “cuando este consumo **no te permite** una adaptación activa al medio, en realidad, el que está consumiendo, y se está consumiendo con el uso de sustancias”.

En otros casos aparecieron alusiones a características de una supuesta *personalidad* de estos pacientes, la asociación a *delincuencia*, *peligrosidad* y al *VIH-SIDA*, que hemos agrupado bajo el nombre de *percepciones asociadas a la estigmatización*:

Profesional 1: “a ninguna persona le gusta tener muy cerca algo que tiene que ver con la delincuencia”. **Profesional 2:** “ (...) pensando en el elemento que circularía por el hospital, los riesgos que todo esto podría tener”. **Profesional 6:** “cuando están en síndrome de abstinencia, por más que estén medicados, y se los esté controlando, y todas las características psicopáticas de estos pacientes”. **Profesional 7:** “tratar de no verlos, o sea preferentemente no verlos, sí tienen que estar ubicados en algún lugar, pero que no sea cerquita”. **Profesional 10:** “hay como un cierto rechazo en la mayoría de los casos, es como el rechazo de lo que te decía del VIH”. **Profesional 12:** “es una población que tal vez no es fácil tratar, no es el paciente obediente”.

El análisis de los discursos de los entrevistados, mostró la presencia de percepciones en las que prevalecían estereotipos referidos al drogadependiente como desviado social. No existiría un rechazo explícito hacia estas personas por su condición de drogadependientes. Hemos encontrado sin embargo, que los efectos de estos discursos se tradujeron en un conjunto de operaciones o la ausencia de ellas, que producen efectos de rechazo y que hemos denominado *prácticas rechazantes* (Vázquez, 2006).

A esto se refiere uno de los profesionales cuando dice:

Profesional 9: “entonces van y el sistema sanitario tiene la red de derivaciones que a veces implica dejar a alguien a la deriva”

Conclusiones preliminares

En el caso en estudio, se relevaron discursos estigmatizantes sobre las personas drogadependientes. Prevalció una representación ligada a la desviación, la peligrosidad y la potencial relación con hechos delictivos y de inseguridad ciudadana. Quedó en evidencia que la reproducción por parte de profesionales de la salud de la estigmatización construida socialmente, podría colaborar en la producción de

barreras de accesibilidad específicas para esta población.

En los últimos años, se ha venido proponiendo la inclusión de la cuestión de la accesibilidad a la atención en salud de personas con diversas problemáticas de salud mental, en la agenda política y sanitaria de los países.

La ampliación y transformación de la conceptualización sobre la estigmatización, entendida como un conjunto poderoso de procesos sociales relacionados con la reproducción de la desigualdad y la exclusión, ofrece un complemento y una nueva forma de comprender sus efectos, con miras a ser parte de intervenciones que tiendan a cuestionarlos y eliminarlos (Parker y Aggleton, 2003).

En Argentina, algunas investigaciones han analizado la relación entre usuarios drogadependientes y los profesionales que los atienden. Muchos de estos estudios abordan los problemas de acceso de forma fragmentaria pero no se profundiza en el estudio de las barreras de acceso asociadas a los procesos de estigmatización (Vázquez, 2010).

Aquellos que sufren sobre sí la carga de la estigmatización, la han sufrido muchas veces antes de relacionarse con las drogas y ya habían sido categorizados con anterioridad como pobres y/o marginales.

Es importante instalar una agenda amplia para investigar las implicancias de los procesos de estigma en el campo de la salud. Esta propuesta, incluye el desarrollo de un nuevo marco conceptual que se adecue a las circunstancias de las problemáticas actuales, y que produzca orientaciones sobre la implementación de acciones más eficaces para minimizar sus efectos. Un desarrollo conceptual de tales características, podría tener profundas repercusiones teóricas y favorecer una transformación en las prácticas que se dirija a facilitar la accesibilidad a la atención en salud de personas drogadependientes.

Un primer camino, es poner en discusión las categorías que habitualmente se relacionan con el consumo de drogas: enfermedad y delito. En cuanto a la nominación de enfermedad, es tiempo de separar a quienes hacen usos recreativos de drogas, de aquellos que manifiestan consumos problemáticos. Un planteo con esta orientación debería suponer una descategorización de todos los usos de drogas como enfermedad. Es por lo menos cuestionable, la inclusión "natural" de ciertos problemas de la vida cotidiana bajo la jurisdicción de la medicina.

En cuanto a la vinculación con el delito, el debate muestra mejores perspectivas en comparación con lo que ocurre con la categorización de enfermedad. La evaluación de los efectos de 20 años de políticas de represión y persecución de los usuarios, ha demostrado en buena parte del mundo, un estrepitoso fracaso en cuando a la disminución de la demanda. Un fracaso mucho mayor ha mostrado en favorecer la atención en salud de aquellos que requieren tratamiento por su consumo problemático (Romaní, 2008).

La reducción de la estigmatización y la discriminación, es fundamental para la elaboración de políticas de inclusión desde una lógica de respeto por los derechos humanos.

NOTAS

[i] Se trata de la Tesis de maestría de Vázquez, 2006. Op.Cit.

[ii] SECyT. UBA. Directora de Beca: Lic. Stolkiner. Facultad de Psicología. UBA.

[iii] Programación 2011-2014. Directora: Lic. Alicia Stolkiner. Facultad de Psicología. UBA

[iv] La concepción de método y las herramientas metodológicas empleadas,

responden a una estrategia cualitativa.

[v] Se realizaron entrevistas a profesionales de la salud de 5 Servicios de Salud de un Hospital General estatal. A los fines de esta presentación, se seleccionaron fragmentos de entrevistas y su relación con la dimensión simbólico-cultural de la accesibilidad.

[vi] Pensamos a la cultura como el universo simbólico del sujeto. Por esto, nos es más preciso referirnos a esta dimensión, como accesibilidad simbólica. (Comes, 2003).

BIBLIOGRAFIA

Aureano, G. (2003) Uso recreativo de drogas ilícitas. Una visión política. En C. Cáceres et al. (Eds.) La salud como derecho ciudadano. (pp. 45-48) Lima: UPCH.

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

Carta de Brasilia (2007) Reunión Regional de Consulta con la sociedad civil sobre los determinantes sociales de la salud. 12 al 14 de abril de 2007. Brasil.

Comes, Y. (2003) El concepto de accesibilidad: una revisión conceptual. (Proyecto UBACyT P077) Ciudad de Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Conrad, P. (1982) Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp.129-159) Barcelona: Crítica- Grijalbo.

Conrad, P. y Schneider, J. (1985) *Deviance and medicalization. From badness to sickness.* (pp.1-37) Columbus-Ohio: Merrill Publishing Company.

De Almeida Filho, N. (2000) *La ciencia tímida. Ensayo de deconstrucción de la epidemiología.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Epele, M. (2002) *Violencias y traumas. Políticas del Sufrimiento Social entre Usuarías de Drogas. Cuadernos de Antropología Social.* FF y L. UBA, 14, 117-137.

Fassin, D. (Sin fecha) *La patetización del mundo. Ensayo de Antropología Política del sufrimiento.* Traducción Mara Viveros. Mimeo.

Freidson, E. (1978) *La construcción profesional de conceptos de enfermedad.* En *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado* (pp. 247-300) Barcelona: Península.

Galende, E. (1997) *Subjetividad y cultura: el malestar de la individuación.* En *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual.* (pp. 63-132) Buenos Aires: Paidós.

Goffman, E. (2006) *Estigma. La identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.

Menéndez, E.L. (1990) *El modelo médico hegemónico.* En *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica.* (pp.83-117) México: Ediciones de la Casa Chata.

Miguez, H. (2009) *Alcohol y disponibilidad en la fiesta adolescente. Trastornos Adictivos;* 11 (1) 39-43. Extraído el 2 de febrero, 2010, de: <http://www.miguezhuigo.com.ar/adictivos%201-2009.pdf>

OPS/OMS/OIT (2002) *Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la OPS y la OIT, CSP26/12,* Washington, septiembre de 2002.

OPS/OMS (2005) *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y Perspectivas.*

Parker, R., Aggleton, P. (2003) *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action.* *Social Science and Medicine,* 57, 13-24.

Romaní, O. (2008) *Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño.* *Salud Colectiva,* 4 (3), 301-318.

Romaní, O. (2004) ¿Qué son las drogas? Algunas definiciones básicas. Las drogas. Sueños y razones. (pp.51-84) .Barcelona: Ariel.

Romaní, O. (1997) Etnografía y drogas: discursos y prácticas. Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales, 52/53, 39-66. Extraído el 15 de junio de 2011 de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/indice.htm?r=nuant&n=52>

Vázquez, A. (2010) Plan de tesis aprobado. Consejo Directivo. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Vázquez, A. (2006) La Construcción Social del "problema de las drogas": Representaciones y Prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la Salud. Su relación con la Accesibilidad y Dignidad en la Atención de personas que usan drogas en Servicios de Salud del GCBA. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UBA.