

ACTAS DEL SÉPTIMO CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA
ISBN 978-950-34-1863-5 | LA PLATA, DICIEMBRE DE 2019

ACCESIBILIDAD A LA ATENCION EN SALUD DE PERSONAS CON CONSUMOS PROBLEMATICOS: OBSTACULOS Y SUFRIMIENTOS

ACCESIBILITY TO HEALTH CARE
FOR PEOPLE WITH PROBLEMATIC CONSUMPTION:
OBSTACLES AND SUFFERINGS

Andrea Vázquez
avazquez@psi.uba.ar

Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Introducción

El viraje de las políticas de salud en el período 2015-2019 ha venido produciendo el desmantelamiento de derechos ciudadanos cuyos efectos a largo plazo aún son difíciles de calcular.

El retorno de la institución manicomial como organizadora del sistema de atención de los problemas de salud mental, la jerarquización del discurso médico (Stolkiner, Vázquez y Quercetti, 2016) psiquiátrico desvalorizando el abordaje interdisciplinario y el desconocimiento de las instancias previstas para la discusión y monitoreo del cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, parecen indicar que va teniendo lugar algo aún más regresivo que una vuelta los lineamientos de las políticas de salud mental de los años noventa.



Los cambios de lineamientos políticos

El impacto de estas políticas se puede analizar en “cuatro ejes”¹ (Vázquez, 2018: 47).

El *primero* de los ejes, es la profundización de unas políticas que no son de salud ni sociales sino de asignación de recursos propias del modelo neoliberal de mercantilización de la salud y la producción de nichos de derivación de fondos públicos. El circuito de derivaciones previsto, supone utilizar efectores que no forman parte del sistema de salud estatal y cuyo financiamiento se sostiene a partir de la transferencia de fondos del Estado al ámbito privado. Tal es el caso del establecimiento de convenios con Comunidades Terapéuticas del ámbito privado utilizado en sus comienzos para dar respuesta a la internación de personas con sufrimientos mentales y luego extendido a la atención de los problemas de adicciones.

El *segundo* eje se refiere a la centralización, especialización y medicalización. Se da la implementación de acciones contrarias a los principios establecidos en las normativas vigentes que configura un verdadero proceso de vulneración de derechos ciudadanos. Se abandona la tendencia a la descentralización y se avanza en una centralización de admisiones y posterior derivación. Esta idea alude no solamente a una lógica organizativa del sistema de salud sino también territorial, para favorecer la accesibilidad de las personas a servicios de salud cercanos a los lugares en que viven y con ello mejorar la equidad en salud.

La centralización, a la vez que puede producir problemas de accesibilidad, puede favorecer la segregación al reunir en un solo lugar la atención de personas con padecimientos psíquicos. En el caso de las personas con consumos problemáticos, esto produce efectos de exclusión.

La profundización de la especialización, supone una regresión en términos de reforma del campo de la salud mental. Queda de lado la pretendida “*desespecialización*” que abona una concepción de salud integral. El ideario de fortalecimiento del enfoque comunitario, la inclusión de los problemas de salud mental en el primer nivel de atención y en los hospitales generales, supone la *despatologización* orientada a disminuir la estigmatización e identificación por la problemática de salud que padece la persona. La atención en “*centros especializados*” propicia la segregación, profundiza la estigmatización y produce la discriminación de las personas con estos problemas.

Lejos de la perspectiva de salud mental comunitaria, se invierte en la ampliación y remodelación de estructuras de raigambre manicomial. La inversión en servicios de salud mental de base comunitaria supone la decisión política de realizar un trabajo en dos sentidos: mantener financieramente y limitar ideológicamente la centralidad de los servicios tradicionales existentes a la vez que crear y fortalecer los servicios comunitarios.

El *tercero* de los ejes se refiere a la definición misma del problema de los consumos y los modos de abordaje. Se lo plantea como un problema de conductas y de sustancias en el contexto de una propuesta de abordaje de políticas sociales, mostrando una profunda incongruencia. No se lo trata como un problema de salud, tampoco como un problema social y se le aplica un modelo de tratamiento enfocado en la rehabilitación. Conceptualización que ha sido fuertemente criticada por ser reduccionista y por omitir la complejidad de la problemática. El modelo de tratamiento por pago de cápit² ha sido largamente cuestionado también tanto desde el financiamiento como en cuanto a las prácticas que ha posibilitado. En muchos casos se han extendido internaciones infundadas o fundadas en criterios económicos en desmedro de los intereses de los pacientes, se ha omitido la atención profesional y en ocasiones se han instaurado prácticas centradas en el castigo (Galfré, 2017)³.

Existe un importante número de denuncias⁴ sobre Comunidades Terapéuticas por irregularidades en el financiamiento y en los tratamientos, entre otros. Muchas de estas comunidades, conveniadas con ministerios de salud provinciales.

El *cuarto* eje de análisis se refiere a la multiplicidad de denominaciones atribuidas a la problemática que muestra una gran desorientación sobre el tema bajo una investidura de promoción de derechos ciudadanos. Políticas que se difunden como inclusivas, pero que producen y reproducen los núcleos duros de la estigmatización sobre las personas con consumos problemáticos.

Este es un proceso de objetivación que se produce por medio de una operación que supone individualizar el proceso salud–enfermedad-cuidado y reducir ese sufrimiento a un cuadro psicopatológico y al sujeto a un constructo. Esta reducción conlleva la negación de la complejidad del proceso. Aunque la psicopatología sea útil como herramienta terapéutica, es clave tener en cuenta que el sufrimiento subjetivo no puede reducirse a un cuadro diagnóstico.

El análisis integral de los ejes referidos, permite visualizar una operatoria de políticas que sostienen los núcleos más retrógrados y duros del neoliberalismo: mercantilización de la salud, omisión de la implementación de normativas específicas en la temática y de sus principios, definición del problema desde una perspectiva individual y centrada en las sustancias y, finalmente, la profundización de los procesos de estigmatización y de prácticas discriminatorias.

En general prevalece la fragmentación de las respuestas estatales. Sigue habiendo desarticulación en la conceptualización del problema que, cuando no es designado como un problema de (in) seguridad es nombrado como un problema de salud desarticulado de la situación social en que se encuentran los sujetos.

La estigmatización de estas personas es un viejo y poderoso proceso social con plena vigencia (Vázquez y Stolkiner, 2008). Lo novedoso es la existencia de políticas que refuerzan los procesos de estigma en un escenario macro de reforma del campo de la salud mental. Lejos de considerarlo coyuntural, entendemos que estos lineamientos configuran un *proceso político de producción de segregación de personas y exclusión en salud*.

La producción de políticas de sufrimiento

En *La patetización del mundo*, Fassin (1990) analiza la forma en que los gobernantes desarrollan políticas sociales y sanitarias a partir de un modelo mediante el cual tiene lugar una *representación patética de las desigualdades sociales* y la introducción del *pathos en lo político*

Se trata de un minucioso proceso de modelización social mediante el cual se difunde y profundiza la idea de naturalizar las desigualdades sociales (para homologarlo a un estado natural de la situación) y luego, utilizando el mismo caudal significativo y comunicacional, se producen políticas, planes y programas cuyo eje central es la reproducción sistemática de esa inequidad. Esa orientación en las políticas no solo omite proteger a grupos poblaciones que ya han sido vulnerados, sino que asegura su vulneración permanente. El artificio por el cual se sostiene la mascarada de ampliar derechos con políticas que tienen como objetivo hacerlos desaparecer es el proceso que puede denominarse aquí como la producción de *políticas de sufrimiento*.

Valga como ejemplo de este poderoso proceso a la confusa denominación de personas con consumos problemáticos que no permite distinguir si se trata de políticas sanitarias o represivas. El viejo Informe *“Invertir en Salud”* (Banco Mundial, 1993) vuelve a convertirse en un actualizado *Manual sobre recorte de*

*derechos*⁵ al releer el análisis en el que plantea que del total del porcentaje del gasto público en salud “(...) una excesiva proporción de esa suma se destina a atención especializada en establecimientos de nivel terciario, que ofrece escasos beneficios en relación con el dinero gastado” (p.iii).

Desde el cambio de gestión (Vázquez y Ferreyra, 2017) a nivel nacional, se viene obstaculizando y –finalmente- deteniendo el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) que se inició en 2010. Estos obstáculos se expresan en dos dimensiones. Por un lado se van neutralizando los espacios creados para la discusión y monitoreo de la ley y por otro lado vuelve a jerarquizarse un enfoque unicausal, individualista, biologicista y orientado a buscar explicaciones en teorías basadas en evidencias y en las neurociencias. La apelación a una responsabilidad individual por un padecimiento, la promesa de las píldoras como panacea frente a signos y síntomas abona un contexto de invisibilización de que las condiciones sociales en que viven las personas producen sufrimientos. Y que estos, devienen de la inequidad y de la imposibilidad de ejercer derechos ciudadanos.

El cambio de prácticas de base comunitaria a intervenciones basadas en individuos se aleja del enfoque de derechos cuyo andamiaje es la inclusión social.

Retorna la discusión con respecto a la hipervalorización del poder médico por encima de la intervención de profesionales de otras disciplinas atentando contra la necesidad de un abordaje interdisciplinario.

La retracción de las intervenciones territoriales y comunitarias, la recentralización de la mirada médica en la producción de diagnósticos y, lo más importante, la toma de distancia de las vivencias de los propios sujetos en cuanto a sus padecimientos; se transforma en un pilar central del fortalecimiento de la alianza con la industria farmacéutica y los laboratorios. La

supervalorización de los efectos de los psicofármacos en la producción de bienestar subjetivo al alcance de unos pocos, supone un retorno, y con ello una regresión, a prácticas pensadas para intervenir sobre una sintomatología que ignora la centralidad de los sujetos.

Laboratorios, corporaciones, asociaciones profesionales y otros actores vuelven a aparecer en la escena que pone en discusión los aspectos centrales de la Ley Nacional de Salud Mental. En paralelo, se vienen desfinanciando programas e ignorando instancias de discusión y participación que se crearon con la finalidad de monitorear el cumplimiento de los derechos previstos en la ley.

Discusión

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

Estas políticas, deberían partir de la convicción de que: donde hay un sujeto que sufre, debe haber una institución de salud que lo atienda, la convicción de que un sujeto con trabajo, tiene menos posibilidades de aislarse, la convicción de que un sujeto que tiene menos posibilidades de aislarse tiene más

posibilidades de producir y mantener sus lazos sociales, la convicción de que un sujeto incluido, tiene menos posibilidades de tener un consumo problemático. Ese es el desafío en curso.

Referencias

Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington D.C, Estados Unidos.

Fassin, D. (1999). La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento. En M. Viveros Vigoya y G. Garay Ariza (Comps.), *Cuerpos, diferencias y desigualdades* (pp.31-41). Bogotá, Colombia: CES.

Galfre, P. (2017). *La comunidad: un viaje al abismo de una granja de rehabilitación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Cuadernos Sudestada.

Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010). Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA).

Vázquez, A. (2018). Las políticas de sufrimiento. *Soberanía Sanitaria*, 2(4), 47-50. Recuperado de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/las-politicas-de-sufrimiento/>

Stolkiner, A., Vázquez, A. y Quercetti, F. (2016). Medicalización y consumos ¿Problemáticos? Memorias de VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología (pp. 108-111). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Vázquez, A. y Ferreyra, J. (30 de noviembre de 2017). Consumos problemáticos o “consumidores problemáticos”. *Página/12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/79325-consumos-problematicos-o-consumidores-problematicos>

Vázquez, A. y Stolkiner, A. (2008). Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA (XVI)*, 295-303.

Notas

¹ Publicado en Revista Soberanía Sanitaria (2018). Op. Cit

² Alude al pago por prestación de salud/persona (“*por cabeza*”) que organismos estatales realizan a instituciones de salud a cambio de la prestación realizada, A falta de instituciones propias, se contrataban prestaciones de Comunidades Terapéuticas. Esta modalidad fue muy utilizada durante los años noventa, aplicada al tratamientos para personas drogadependientes. Luego muy discutida al analizar que la misma operatoria produjo sobredemanda de prestaciones que en ocasiones produjo extensiones innecesarias de internaciones.

³ En la investigación recientemente publicada sobre la Fundación San Camilo, el periodista Pablo Galfré (2017) denuncia las prácticas de castigo padecidas por los pacientes internados en esa Comunidad Terapéutica.

⁴ Puede verse: [El castigo como un tratamiento](#) (1998), [Menores tratados por expertos](#) (1998), [Denuncian irregularidades en la comunidad terapéutica de Chapadmalal](#) (2014).

⁵ En las 351 páginas del Informe no se utiliza la palabra derecho.