

XI Jornadas de Sociología de la UNLP 2022. “Sociologías de las emergencias en un mundo incierto”

Consumo de drogas durante el embarazo: desde el estigma y control de las mujeres usuarias a enfoques integrale

Autoras:

- **Navarro Daniela**; Plan Provincial de Adicciones de la Dirección de Salud Mental y Adicciones. Ministerio Salud, Desarrollo Social y Deportes. Gobierno de Mendoza, danielanavarromza@gmail.com
- **Suden Laura**; Plan Provincial de Adicciones de la Dirección de Salud Mental y Adicciones. Ministerio Salud, Desarrollo Social y Deportes. Gobierno de Mendoza; y Universidad del Aconcagua, lausuden@gmail.com
- **Parga Jimena**, FaHCE, UNLP y Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (PRIGEPP-FLACSO), jiparga@gmail.com.

Resumen:

La ponencia presenta los resultados de un estudio exploratorio, comparativo de enfoque cualitativo realizado en la maternidad de un Hospital público y en Centros Provinciales de Prevención y Atención de Adicciones (CPAA) de Mendoza Capital, recuperando la perspectiva de los/as profesionales y de las mismas usuarias de los dispositivos.

Se evaluó comparativamente los modelos de atención a mujeres usuarias de sustancias psicoactivas en situación de embarazo, parto o puerperio desde la escala EquiGen (Tajer, 2012; Parga, 2016) que mide la incorporación de criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género en la atención.

Se constató una alta carga social moral negativa, fuerte rechazo y discriminación hacia las mujeres que usan sustancias psicoactivas, exacerbándose esta situación cuando el consumo se da durante el embarazo, parto, puerperio y/o lactancia. Como sostienen Setién y Parga (2018) operan tecnologías de saber-poder sobre las mujeres, mediante estrategias de disciplinamiento, a través de una anatomopolítica sobre las conductas de las mujeres usuarias de sustancias psicoactivas que se apartan de la “norma”, al igual que estrategias de sujeción al rol materno que son reproducidas por los discursos y prácticas de familiares, del sistema judicial y de salud.

Se observaron diferencias entre los modelos de atención de la maternidad y los CPAA.

En la Maternidad en el dispositivo de neonatología se despliega un Modelo asistencial, con concepciones y prácticas biomédicas y paternalistas, que consideran a las mujeres desde el rol tradicional de género y como madres. Centrado en la atención de los/as hijos/as. La perspectiva preventiva se posiciona en la identificación precoz de factores de riesgo y/o tratamiento farmacológico.

Mientras que otros servicios del Hospital se acercan a un modelo Transicional, con representaciones cercanas a una perspectiva integral, promoviendo la equidad de género, sin embargo aún persisten prácticas asistenciales biomédicas.

Por su parte en los CPAA se observa un modelo Semi-Integral, el cual si bien presenta principios del integral, solo logra en algunos aspectos que los incluyan. Es decir que pretenden alcanzar un modelo integral, desde representaciones y prácticas de abordaje holístico y articulación del proceso salud-enfermedad-atención, buscando la incorporación de un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud con perspectiva de género, intentando promover criterios de autonomía, equidad, ciudadanía y necesidades en salud según el ciclo de vida, aunque algunas prácticas continúan inscribiéndose en un modelo asistencial biomédico.

Palabras Claves: Consumos problemáticos de sustancias psicoactivas; Modelos de atención; embarazo y puerperio; perspectiva de género.

Introducción

El presente trabajo analiza los modos en que los servicios de obstetricia y los dispositivos especializados en salud mental, incorporan los principios incluidos en la escala EquiGen (Tajer, 2012; Parga 2016) en el abordaje de mujeres gestantes o puérperas usuarias de sustancias psicoactivas (SPA). Es decir, se indaga cómo los principios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género se incluyen en las prácticas asistenciales de las/os trabajadoras/es de salud de distintos servicios que atienden a mujeres gestantes o puérperas que usan sustancias psicoactivas. Analiza en qué medida la ausencia de la incorporación de dichos principios en las prácticas asistenciales implican un obstáculo para el acceso a la salud de estas mujeres en particular.

Desde un enfoque de género y derechos, la indagación recupera la perspectiva de las/os trabajadoras/es de la salud que las atienden, y la perspectiva de las mismas mujeres usuarias de estos servicios de salud, identificando y caracterizando los modelos de atención

predominantes en la maternidad del Hospital Lagomaggiore y en el CPAA de Las Heras de Mendoza Capital.

Contextualizando los consumos problemáticos de sustancias

Históricamente las políticas asistenciales en materia de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas (SPA) fueron construidas considerando al usuario “típico” que mayoritariamente consulta por esta temática en el sistema de salud, es decir, por los varones, desconociendo las necesidades y particularidades de otros usuarios tales como mujeres y población LGTBIQ+. Esta situación se traduce en una falta de incorporación de la perspectiva de género y de derechos humanos en los modelos de abordaje, traduciéndose en la consolidación de barreras de acceso a una atención integral.

Si bien históricamente el consumo problemático de SPA ha sido mayoritariamente protagonizado por varones, en los últimos 20 años, profundos cambios sociales han modificado esta tendencia en las prácticas y trayectorias de consumo en mujeres. Según estudios internacionales, la prevalencia mundial en población general, da cuenta de un aumento del consumo de SPA, con edades de inicio más tempranas, disminución en las diferencias según género, representado por un creciente incremento del consumo por parte de las mujeres (ONU, 2018).

De acuerdo a los últimos estudios poblacionales llevados adelante por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) (2010-2017), a nivel nacional se replica la situación internacional respecto a la existencia de un aumento considerable del uso de SPA entre mujeres. Tendencia que también se constata en la provincia de Mendoza.

Según el OAD al comparar la situación a nivel nacional con la provincial podemos destacar que la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes a nivel país pasa de 34% a 44,2% y en Mendoza alcanza el 43,1%. El consumo de marihuana por parte de las mujeres, a nivel país ascendió de 4,2% a 13,9 %, mientras que en la provincia alcanza 9,3%. El consumo de cocaína en la vida, por parte de las mujeres en el país aumenta de 0,8% a 2,7%, mientras que en Mendoza es mayor, llegando al 3,1%. En la provincia, la prevalencia de vida de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica (s/pm) alcanza al 2,6% y es mayor al consumo que realizan los varones (OAD, 2017).

En Mendoza estos cambios en las prácticas de consumo por parte de las mujeres fueron visibilizados en las maternidades antes que en otros servicios de salud, a partir del testeo de SPA que comenzaron a realizarle a recién nacidos, (RN). Esta situación visibilizó una

problemática que permanecía oculta y al mismo tiempo puso en cuestión las prácticas asistenciales en relación a los consumos problemáticos dirigidos a mujeres gestantes.

Según un estudio reciente en distintos hospitales de Argentina el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres en situación de embarazo y/o puerperio es una problemática que va en aumento y genera una preocupación sociosanitaria por diversos motivos, tales como el aumento de consumo de esta población, el estigma social que recae sobre madres usuarias de drogas y la desorientación que reportan los equipos de salud al abordar estas situaciones (Diez, Pawlowicz, *et al.*, 2020).

Marco conceptual

Desde hace varias décadas a nivel mundial se viene impulsando la promoción de la equidad de género en salud. Por mencionar algunos hitos, en 1993 a partir de la Declaración de Viena que proclama que los derechos humanos de las mujeres son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales, en el año 1994 la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer permitió incorporar a las violencias contra las mujeres como una violación a los derechos humanos. Este escenario dio sentido a la Ley Nacional 26484/ 2009 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar las violencia contra las mujeres. La perspectiva de género en el campo de la salud se viene impulsando con diferentes estrategias para integrar acciones de género. Desde la OMS se ha instado a los Estados Miembro a avanzar en la igualdad entre mujeres y hombres en el sector de la salud.

Coincidimos con Débora Tajer (2004) en que el género impacta en las formas de sufrir, enfermar, sanar y morir que se dan en relaciones de poder desigual. En tal sentido, las diferencias existentes entre los índices de morbi-mortalidad entre varones y mujeres, expresan fuertes inequidades en el campo de la salud.

Esta investigación se inscribe además en el enfoque de derechos humanos, desde el cual se concibe a las personas que consumen SPA como “sujetos de derecho, con derecho a acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a atención integral de la salud mental, desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial” (Art.7, inc. a, Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010). El uso de SPA, lo entendemos dentro de un paradigma complejo y relacional (Touzé, 2006) que lo comprende desde una mirada integral y está configurado por la interrelación dinámica entre el Objeto (en este caso las sustancias psicoactivas), el Sujeto y el Contexto. Es decir,

que el problema de los consumos de SPA se da en la interrelación dinámica entre contextos y subjetividades.

En concordancia con el Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos, se define a los mismos 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 (Art. 2 Ley 26.934/2014).

Con la finalidad de conocer los grados diferenciados de integralidad y equidad de género en los modelos de atención a mujeres que usan SPA se utilizó la “Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN)” adaptada por Jimena Parga para servicios que asisten a personas con consumo problemático de SPA. La escala fue creada por Débora Tajer y equipo en el marco de la investigación “Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud” Programación UBACyT 06/09.

La misma se conforma a partir de 4 dimensiones, a saber:

Integralidad: es entendida como el grado de inclusión en los modelos de atención, de la relación entre calidad de vida y la situación de salud de las/os usuarias/os considerando la identificación de la relación entre ciclo de vida y necesidad de salud, incluyendo un enfoque preventivo de las necesidades de las etapas posteriores del ciclo vital (Tajer citada en Parga, 2016, p 318).

Ciudadanía: constituye una categoría analítica que permite interrogar sobre los modos en que los colectivos y actores sociales participan de una determinada política pública. Esta categoría implica una práctica conflictiva vinculada al poder que refleja las luchas acerca de quiénes podrán decidir el qué, dentro del proceso de definición de cuáles son los problemas sociales comunes y cómo serán abordados (Van Gunsteren, 1978, citado en Parga Op. cit.).

Autonomía: se entiende como el grado de promoción de las prácticas de salud que las personas puedan tener a su alcance, la información necesaria sobre sus problemas de salud, alternativas de cuidado y tratamiento. También las posibilidad de autovalimiento, como un eje a incluir en la toma de decisiones en los tratamientos. (Tajer, 2012, citado en Parga, op. cit, p. 319)

Equidad: la equidad en salud la analizamos en el acceso, permanencia y sostenimiento de tratamiento y alta, atendiendo a diferencias por motivos de género que se transforman en desigualdad de acceso para varones y mujeres (Tajer, 2012, citado en Parga, Op. Cit).

El análisis de estas dimensiones define a los modelos de atención según cuatro valores:

Integral: es un modelo que incluye en su concepción un abordaje holístico y articulado del proceso salud-enfermedad-atención que se traduce en las prácticas. Estas incorporan un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud que incluye la perspectiva de género, la noción de autonomía, equidad y ciudadanía y las necesidades en salud según el ciclo de vida.

Semi-Integral: presenta los principios del integral logrando solo en algunos aspectos realizar prácticas que los incluyan

Transicional: a nivel de las representaciones incluye los principios de integralidad y equidad de género, pero las prácticas se ubican más cerca de un modelo asistencial centrado en lo biomédico.

Asistencial: refiere a un modelo cuyas concepciones y prácticas se corresponden con un modelo biomédico y paternalista, tomando a las mujeres en su rol tradicional en la sociedad. Está basado fundamentalmente en la atención de la enfermedad y su abordaje preventivo se centra en la identificación precoz de los factores de riesgo y/o su tratamiento farmacológico.

Metodología

Se trata de un estudio exploratorio, comparativo, cualitativo.

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a dos poblaciones:

- Profesionales de la maternidad del Hospital Lagomaggiore y profesionales del CPAA de Las Heras de Mendoza Capital.

- Mujeres en tratamiento por consumo de SPA.

Se construyeron muestras no probabilísticas. El tamaño se estableció por saturación teórica desde Teoría Fundamentada.

El procedimiento de Análisis se realizó a partir del método comparativo constante y se utilizó el procesador ATLAS TI.

Resultados

a) Perspectiva de las trabajadoras de la salud en la maternidad del Hospital

En el Hospital, la muestra estuvo compuesta por 9 profesionales mujeres, médicas, enfermeras y trabajadoras sociales, que se desempeñan en los servicios de Neonatología, Trabajo Social, Enfermería y Sala de Parto. El promedio de edad es de 40 años, con uno/a, o

más hijos/as. La relación laboral es de planta permanente, salvo una de las entrevistadas con un contrato de locación de servicios.

A partir del trabajo de campo en el hospital, identificamos la coexistencia de distintas representaciones sobre los consumos de SPA en mujeres embarazadas o puérperas. Por un lado encontramos una preponderancia de explicaciones biomédicas, que se traduce en intervenciones de corte individual, enfocadas en el abstencionismo del consumo por parte de las mujeres gestantes o puérperas, y en los efectos negativos del uso de drogas tanto para las mujeres como para los/as RN. Las intervenciones no suelen atender al sufrimiento y malestar de las mujeres, más allá de su rol materno. Este grupo principalmente está representado por las disciplinas de medicina y enfermería.

Desde otra mirada se contemplan distintas aristas del problema que remiten a la complejidad, es decir, incluyen en el análisis la historia de las mujeres y el contexto donde viven ellas y sus hijos/as, piensa el problema del consumo de drogas desde los determinantes sociales y desde lo vincular, aunque estas interpretaciones tienen poca incidencia y no logran incorporarse, o no se traducen en abordajes de tipo integral. En este grupo se distinguen disciplinas del campo de la salud mental tales como psicología y trabajo social.

“nosotros tenemos en el hospital tipo un Boca-River por ejemplo, porque están todos los que defienden a los bebés... porque nosotros somos pediatras. Y vemos la posición de las trabajadoras sociales, las psicólogas, que todas defienden a las madres, entonces le decimos "pero ya se le murió el hermano, no le trae ropa" y todos dicen "bueno pero acompañemos" (Profesional maternidad).

La hipervisibilización de los consumos de SPA durante la atención del parto, evidencia oportunidades perdidas en la atención prenatal. En este sentido, todas las entrevistadas sostienen que el diagnóstico de consumo se realiza en el momento del parto y no en instancias previas de cuidados. Este dato pone en evidencia la falta de incorporación, en los distintos niveles del sistema de salud pública, de criterios de salud integral que incluya dimensiones vinculadas a los consumos de SPA, evaluación del sistema de apoyo, diagnóstico de salud mental con perspectiva de género, etc.

“yo siento como que está la crisis en la neo, pero cuando hay toda una historia atrás, ¿qué pasó con esta mamá antes? ¿por qué... o sea qué pasó cuando llegó al sistema? hay muchas madres que hasta tienen, o sea hasta cinco, seis controles prenatales, ¿qué pasó durante el control prenatal? ¿qué pasó desde el centro de salud?” (Profesional maternidad).

Sumado a esto, en nuestro país coexisten dos normativas que entran en contradicción en el abordaje que se realiza sobre los consumos de sustancias. Por un lado tiene plena vigencia la Ley 23.737 /1989 con una lógica punitiva, que criminaliza la tenencia de drogas, hasta en los casos de posesión de mínimas cantidades como las utilizadas para consumo personal. Por otro

lado la Ley de Salud Mental 26.657/2010, que entiende a las adicciones como problema de salud y a las personas usuarias como sujetos de derecho que puedan ser atendidas de manera integral, desde un enfoque interdisciplinario.

Esta ambivalencia normativa, genera una barrera en el acceso al sistema de salud para las usuarias que consumen y ocultamiento del consumo durante los controles de salud, principalmente en aquellas que tienen hijos/as o las que están gestando, por miedo a que desde el sistema sanitario se ponga en alerta a los Equipos técnicos interdisciplinarios (ETI) de la Dirección de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y les impidan la tenencia de sus hijos/as.

Al respecto las entrevistadas afirmaron que las mujeres niegan y ocultan su consumo, y desobedecen las indicaciones médicas. Este comportamiento de las mujeres consideramos que responde al tipo de vínculos que se construyen entre los equipos de salud y la población que usa SPA desde una mirada punitiva, criminalizadora y de control social y moral.

“yo le hago esas preguntas, alcohol, tabaco, drogas, violencia familiar, bueno... en palabras sencillas yo les hago estas preguntas, bueno entonces dicen que no, todo es color de rosa para ellas, una que otra te dice que fuma...” (Profesional maternidad).

“que son pacientes ¿viste? que hacen caso omiso de las indicaciones” (Profesional maternidad).

Una práctica recurrente que se observó fue que los/as profesionales al identificar la presencia de un conjunto de signos y síntomas en los/as RN, realizaban un test de sustancias para confirmar o descartar el diagnóstico de síndrome de abstinencia en los/as RN, y dosaje de sustancias en las mujeres. Según los equipos de la maternidad del Hospital, justifican dicha práctica debido a las “estrategias de ocultamiento y negación del consumo de las mujeres”, siendo que algunos tests se realizan sin el consentimiento explícito. Esta práctica implica una vulneración de los derechos de las mujeres tales como el derecho a la información, al consentimiento informado y el derecho a la autonomía de decisión¹.

De esto se desprende una tensión entre las prácticas que se dirigen en beneficio de los/as RN y las que se dirigen considerando los derechos fundamentales de las mujeres usuarias de SPA en situación de parto y puerperio. En tal sentido los derechos humanos consagrados en el marco legal del país, al considerar la Ley de Parto Respetado (25.929), la Ley de Salud Mental (26.657) y la Ley de Derechos de los Pacientes (26.529), garantizan el derecho a la asistencia, integridad física, dignidad, libertad, información, intimidad, confidencialidad, al

¹ Ley 26.529 Derecho del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Art. 2 y Art 5

consentimiento informado y la verdad, entre otros. Sin embargo, los equipos del Hospital desconocen dicho marco normativo y se centran en los/as RN, quedando postergados o suprimidos los de las mujeres.

“Hacemos un informe derivando al área departamental y con copia a Maternidad e Infancia, habíamos quedado con eso con Maternidad e Infancia, ¿por qué?, ¿cuáles son las situaciones? o sea no es porque toda la comunidad se tenga que enterar que esa madre ha consumido sino porque el centro de salud tiene que saber que va un recién nacido y que tiene esa patología” (Profesional maternidad).

Tampoco se incluye una perspectiva que conciba un sistema de cuidados de los/as RN compartidos, observándose una falta de prácticas destinadas al rol paterno de los varones, quedando la mujer como única persona a la cual van dirigidas las intervenciones.

“sí se hace el dosaje a la mujer, en esta cuestión el hombre no está...” (Profesional maternidad).

Estas situaciones producen un efecto de estigmatización, sobreexposición y vulneración de las mujeres ya que son juzgadas por el personal sanitario mientras están internadas en el hospital. De esta manera se escinden las intervenciones, y se desvía el eje del análisis, centrándose entonces en la evaluación de si esa mujer puede continuar con “la tenencia del/la RN”, y no en la promoción de prácticas de acompañamiento a las mujeres, de apelar a la red vincular, al sistema de apoyo y a la continuidad de cuidados. El paradigma punitivista, muy vigente en la cultura institucional, obstaculiza el tratamiento de las problemáticas vinculadas a las SPA como un problema de salud.

Otro aspecto vinculado al análisis de la autonomía es el que observamos en las prácticas vinculadas a la lactancia. En este sentido, luego de haberse obtenido un test positivo, los/as profesionales suspenden la lactancia de forma obligatoria. Desconociendo la existencia de prácticas alternativas, inscritas en una lógica de reducción de daños.

En suma, el objetivo de la intervención desde el Hospital, en general reside en el hecho de velar por la supervivencia de los/as niños/as a través del reforzamiento de los roles de cuidado en las mujeres, que se percibe “desviado” por el consumo de sustancias. Son escasas las intervenciones que contemplen el ciclo vital de las mujeres y sus hijos/as, por lo que las prácticas tienden a ser fragmentadas y enfocadas al momento del nacimiento.

A partir de la escala de integralidad, los modelos de atención de las maternidades se inscriben principalmente dentro de un **modelo asistencial** cuyas concepciones y prácticas se corresponden con un enfoque biomédico y paternalista, concibiendo a las mujeres en su rol tradicional de género.

Este modelo refuerza la sujeción de las mujeres al trabajo no remunerado sin cuestionar la inequidad de género en el cuidado de los/as hijos/as. Por otro lado pone en evidencia la falta de inversión en servicios que apoyen y compartan los cuidados, tales como centros de día, jardines maternales, acompañantes, entre otros, es decir, desde un sentido colectivo del cuidado. Tampoco apela a la red vincular cercana de las usuarias.

En los equipos de las maternidades observamos que existen prácticas que se condicen con el tipo de concepción dominante acerca de “las adicciones”, entendida como una enfermedad patológica crónica, y no comprendida como un proceso que puede inscribirse en una etapa del ciclo de vida. Además se suma que al tratarse de prácticas ilegales están teñidas en muchos casos de concepciones morales que, como sostiene Parga (2016), terminan por quitarle toda capacidad de agencia a las personas usuarias de drogas. Esto a su vez es una evidencia “del ejercicio de un poder disciplinario, en detrimento de la autonomía de los sujetos” (Parga, 2016, p. 335).

Los modelos de atención de la maternidad del Hospital en la mayoría de las prácticas no tienen en cuenta los derechos de las mujeres en relación a la atención en salud, evidenciando por un lado “las asimetrías de poder que se establecen dentro del sistema de salud entre los/as profesionales de salud y los/as usuarios/as” (Pawlowicz, 2020, p. 20). Estas asimetrías se profundizan en la población usuaria de drogas, efecto del modelo punitivista. Pudimos observar un encuadre paternalista que está instituido, donde se busca que las mujeres adhieran a las pautas de cuidado transmitidas por los/as profesionalxs minimizando las capacidades de decisión y de autovalimiento de las mujeres.

El modelo está basado fundamentalmente en la atención de los consumos problemáticos desde una concepción ético-jurídica y médico sanitaria, es decir como una enfermedad psicopatológica individual y centrada en la sustancia, no es comprendida como un momento en la vida de las personas.

b) Perspectiva de los/as trabajadores/as del CPAA de Las Heras

Las personas entrevistadas fueron 4 profesionales de diferentes disciplinas: trabajo social, psiquiatría y psicología. Con un promedio de edad de 40 años y con al menos un/a hijo/a. La mayoría tiene formación en consumos problemáticos. Todas reconocieron la necesidad de formación en perspectiva de género.

El equipo conciben a los consumos de SPA como una enfermedad multidimensional que no se centra sólo en el consumo de la sustancia y sus consecuencias, sino que incluye tanto aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El tratamiento lo realizan de manera

interdisciplinaria con la participación de las disciplinas antes mencionadas. La oferta asistencial incluye dispositivos individuales, grupales y consejerías. El tratamiento tiene como objetivo disminuir el padecimiento de las mujeres y reducir los riesgos y daños asociados al consumo. Particularmente con las mujeres embarazadas y/o durante el puerperio los abordajes se centran en el acompañamiento, fortalecimiento de la autoestima, disminución y/o suspensión del consumo atendiendo a las particularidades de cada situación.

Las entrevistadas mencionan que la articulación con otros equipos como los de la maternidad, ETI y Juzgados, en muchas ocasiones presenta dificultades para establecer marcos de referencia en común de los abordajes.

En relación a las dimensiones de ciudadanía y autonomía pudimos observar que las prácticas llevadas adelante desde el CPAA se realizan con la información y consentimiento de las mujeres. El equipo refiere contar con instancias de devolución acerca del proceso de tratamiento, las cuales evalúan como positivas para el sostenimiento del mismo. La mayoría consensúa los objetivos de tratamiento, atendiendo al de la intimidad, incluso en la decisión de abandono de tratamiento.

Asimismo, señalaron que la derivación al tratamiento se realiza desde el sistema judicial, es decir, son tratamientos coercitivos que no incluyen la decisión de las personas, esta circunstancia muchas veces puede constituirse en un gran obstáculo para la adherencia a los mismos, aunque por otro lado puede llegar a ser la primera oportunidad de acercamiento a un dispositivo de salud que se ocupe de sus padecimientos. Por ello una de las primeras cuestiones a trabajar es cómo construir la demanda.

“Siempre tratamos de replantearles las expectativas, o sea que ellas también se lo planteen... si bien vienen con una derivación, es un organismo de salud y que... no las vamos a castigar, ni tampoco a controlar si vienen o no, es una decisión de ellas para ellas” (Profesional CPAA).

En relación a la equidad de género podemos observar que es un aspecto en construcción dentro de los dispositivos especializados en consumos problemáticos. Los mismos equipos sostienen que históricamente asisten más varones que mujeres, y que las mujeres dentro de distintos dispositivos participan más como acompañantes de pacientes varones, que por sus propios padecimientos.

A partir de la visibilización del consumo en mujeres embarazadas o púerperas surgida por los tests realizados en las maternidades a los RN, se comenzaron a pensar estrategias diferenciadas para mujeres en el CPAA de Las Heras como espacios grupales, consejerías de

sexualidad, espacios de juego para niñxs que acompañan a las mujeres al centro de adicciones.

“me parece que ha sido un tema emergente en mi profesión (...), cuando comencé a trabajar digamos en el CPAA eran muy pocas las mujeres que venían a ese tratamiento y con la implementación del protocolo se empieza a detectar esta situación que estaba totalmente invisibilizada” (Profesional CPAA)

La incorporación de las mujeres al tratamiento específico por consumo problemático después de la intervención de la maternidad, muestra que las mujeres en su condición de tal, quedaron excluidas de los servicios de salud mental evidenciando una desigualdad por género en el derecho a la salud. Como sostiene Debora Tajer (2004), se brindan servicios que son ciegos al género tratando de manera igual a personas con necesidades distintas.

En síntesis, el CPAA de Las Heras ha asumido el desafío de brindar asistencia desde una perspectiva de derechos a mujeres usuarias de SPA en situación de embarazo y puerperio. En este sentido podemos ubicar a este dispositivo y otros especializados en los abordajes de consumo problemático como **semi-integral**, ya que presentan los principios del modelo integral pero sólo en algunos aspectos realizan prácticas que los incluyen. Podemos considerar que en general los modelos de atención del CPAA tienen en cuenta la relación entre calidad de vida y la situación de cada mujer, y si bien realizan intervenciones interdisciplinarias con perspectiva de derechos, y prácticas que incluyen el autovalimiento, todavía priman intervenciones asistenciales orientadas al abordaje clínico individual, con escasos abordajes comunitarios con enfoque preventivo, centrando sus intervenciones en la asistencia. Sin embargo, se puede observar un reconocimiento de la necesidad de incorporar la perspectiva de género al modelo de atención.

c) Perspectiva de las mujeres

La población de mujeres entrevistadas en su totalidad tiene más de un hijo, la edad promedio es 35 años, la mayoría vive con su familia de origen, sólo unas pocas con sus parejas, otras en los hogares de REMAR² por encontrarse en situación de calle. En su mayoría realizan actividades de subsistencias precarias e inestables: cuidar autos, limpiar casas, trabajo sexual, vendedoras ambulantes, lo cual no les proporciona ingresos suficientes y estables para satisfacer sus necesidades. El derecho a la salud está en parte garantizado por la oferta de salud pública ya que no poseen obra social.

² REMAR: O.N.G.D Centro de Tratamiento de Adicciones de orientación religiosa que brinda alojamiento a personas en situación de calle con consumo problemático.

Desde la perspectiva de las mujeres los dos modelos aparecen fuertemente diferenciados, siendo la maternidad un dispositivo que perciben con modelo de atención estandarizado, impersonal, acotado al momento del parto, centrado en los/as RN principalmente, donde las mujeres se sienten menos escuchadas, más juzgadas incluso amenazadas en relación a sus consumos, mientras que en el CPAA pudieron identificar que las prácticas asistenciales se engloban en un modelo que tiende a ser más integral, considerando otros aspectos de su vida, en donde sus decisiones, opiniones son consideradas para la construcción de las estrategias terapéuticas.

Un aspecto fundamental desde esta perspectiva es la experiencia de la fragmentación del sistema de salud, en donde las mujeres que usan sustancias psicoactivas referencian diferentes modelos de atención que se centran en aspectos de salud de manera segmentada, por un lado el parto, por otro su malestar, mostrando una falta de estrategias integrales. Un ejemplo podría ser la falta de prevención y promoción de salud acerca de riesgos y daños de consumo durante el embarazo en todos los niveles de atención, o bien la inclusión de las problemáticas de consumo en otro momento de la vida que no sea el embarazo.

Estas diferencias entre los dos modelos se vuelven a marcar cuando analizamos la ciudadanía, en donde manifestaron que en las maternidades no habían recibido información clara de las intervenciones, allí perciben que pueden participar en menor medida sobre sus tratamientos, mientras que en los CPAA se observa mayor participación y respeto de sus decisiones vinculadas a sus procesos terapéuticos.

En síntesis atendiendo a la experiencia y voz de las mujeres se evidenció que las representaciones sociales estigmatizantes sobre las mujeres que usan SPA opera como un gran obstáculo para la demanda de tratamiento, por ejemplo cuando mantienen ocultos sus consumos.

El conjunto de representaciones sociales estigmatizantes no solo es reproducido por el sistema de salud sino que es internalizado por las propias mujeres, ubicándose en una posición subordinada que obstaculiza la demanda a tratamiento y por ende el acceso a la salud. Otro aspecto central es que los tratamientos para mujeres que usan SPA están fuertemente atravesados en su relación con el rol materno, por ejemplo, cuando dan intervención a los Etis o bien cuando en la subjetividad de las mujeres en tratamiento el anhelo de vincularse con sus hijos/as funciona para el sostenimiento del mismo.

Discusión

Vemos cómo en la actualidad continúan operando dispositivos de biopoder sobre las mujeres en general y en particular, de modo más negativo, sobre las mujeres usuarias de drogas, en las cuales se interviene desde el disciplinamiento y la sanción moral.

En un trabajo reciente (Parga y Setién, 2019) señalamos a partir de los desarrollos foucaultianos, que es en la sexualidad donde se cruzan las esferas del biopoder, es decir, el control de los cuerpos o anatomopolítica y el control de las poblaciones o biopolítica y desde allí se despliega, en forma de saber-poder, ciertos discursos de verdad principalmente desde la medicina y el psicoanálisis.

Por otro lado, Bourgois (2000) plantea que la biopolítica del abuso de sustancias incluye una amplia gama de leyes, intervenciones médicas, instituciones sociales, ideologías e incluso estructuras de sentimientos, que giran principalmente en torno a categorías morales relacionadas con el control del placer y la productividad.

Esto lo articulamos con lo observado en esta investigación respecto a la hipervisibilización de las mujeres usuarias cuando están embarazadas o son madres.

Una cuestión a profundizar en futuras investigaciones es que si bien en la literatura médica hay referencias a complicaciones en el embarazo, parto y primeros días de vida, no hay muchos estudios actuales sobre la prevalencia e incidencia de estas consecuencias negativas producto del consumo. Más aún, cuando en realidad no llegan a poder realizarle un mínimo control de embarazo del último trimestre. Lo cual nos lleva a concluir que el estereotipo de la “mala madre” (Romo Avilés, 2006), que se reforzó en la década de los 90, habilitó un cuestionamiento moral sobre la conducta de las usuarias de drogas respecto al cuidado de sus hijos/as.

En tal sentido, se despliega sobre las usuarias embarazadas un dispositivo de disciplinamiento coercitivo, una abstinencia impuesta para proteger el embarazo, donde la capacidad de la mujer para tomar decisiones libres sobre su propio cuerpo (respecto al embarazo y al consumo) se ve bruscamente reducida.

La regulación del consumo de las mujeres responde a que deben cumplir con las expectativas sociales que recaen sobre su rol materno, pero también evidencia la falta de una red vincular o institucional que acompañe a estas mujeres en las tareas de cuidado de los/as hijos/as. En el lugar opuesto, en el caso de los varones usuarios, la no responsabilidad en los cuidados, es justificada en que su ausencia del hogar está dentro de los parámetros socialmente aceptables para un varón proveedor, de esa forma las prácticas de consumo masculinas no interfieren en su relación con los/as hijos/as.

El interrogatorio médico, si bien no opera según lo esperable para brindar una atención oportuna, integral, y que respete los derechos humanos de las usuarias, si se inscribe más bien en un dispositivo del examen, de la confesión, de la vigilancia moral. De acuerdo a la genealogía que Foucault emprende sobre la práctica de confesión, desde Grecia, pasando por el cristianismo, para finalmente llegar hasta nuestros días, tenía el objetivo de documentar el desarrollo y la culminación de las prácticas dentro de las cuales, el sujeto y la verdad constantemente están estableciendo vínculos entre sí. Y aquí debe relacionarse con el modo en que se opera sobre estas mujeres desde un control judicial/familiar respecto a la tenencia de los/as hijos/as, que genera como consecuencia en las mujeres, el ocultamiento del consumo para poder resguardarse ella y su descendencia.

Pudimos analizar que el consumo de sustancias en mujeres embarazadas es una temática compleja, y relativamente emergente en las maternidades, que genera desconcierto en los equipos. Cuando se trata de mujeres usuarias de drogas se las despoja de todo poder de agencia para el cuidado de la salud de su hijx y de sí misma, los equipos de salud no tienen en cuenta prácticas de cuidado que ellas mismas podrían ir gestionando. Como se plantea en el trabajo de Bardoni, Caferatta y otras (2016) el lugar que se le asigna a las mujeres usuarias de drogas en el imaginario social de los equipos de salud es el de ser una personas que no cuentan con un saber sobre su propia situación. En parte la noción de usuario de drogas como “adictx” reproduce la noción de sujetx incapaz.

La coexistencia de las leyes de estupefacientes y la de salud mental, produce una superposición de discursos y prácticas que pivotan entre la criminalización y la medicalización de las personas que consumen.

Cabe señalar que como efecto de la identificación de la práctica testeo y dosaje de sustancias sin consentimiento en el Hospital, se protocolizó por resolución 1070/18 del Ministerio de salud, Desarrollo Social y Deportes, para todas las maternidades públicas de la provincia y centros de atención primaria, el seguimiento de RN, hijxs de madres con tóxico positivo, llamado “*Protocolo de seguimiento de recién nacidos hijos de madres con consumo problemático*”

El protocolo de intervención fue discutido y reelaborado en un trabajo interinstitucional con la participación de la Dirección de Maternidad e Infancia, el Plan Provincial de Adicciones y Áreas Legales del Ministerio, trabajo que propició la reformulación del protocolo. El mismo paso a ser un documento orientativo para la intervención en estos casos “*Recomendaciones para la atención integral en salud de personas gestantes con consumo problemático de sustancias y del/la RN*”. Entre un material y otro pudimos destacar el intento por incorporar

la perspectiva de género a la problemática, el abordaje que contemple la subjetividad y el contexto en cada situación. Los cambios reflejan la intención de promover la participación de las mujeres en las decisiones acerca de su tratamiento.

Conclusiones

Se requiere considerar a los consumos problemáticos de sustancias desde una concepción de salud integral, con estrategias de reducción de daños e incorporando los determinantes sociales en los distintos abordajes para mujeres que usan SPA. Para una mejora del acceso y permanencia en los dispositivos de atención de salud de las mujeres, es fundamental construir estrategias de acompañamiento que no estigmaticen, ni criminalicen.

Como recomendaciones clave para decisores/as, planificadores/as y áreas de gestión sanitarias en salud mental proponemos lo siguiente:

- Profundizar en investigaciones sobre:

- Embarazo y consumo de sustancias psicoactivas.

- Modelos de atención en salud mental que incorporen criterios de integralidad, ciudadanía, autonomía y equidad de género.

- Análisis de la incorporación de la perspectiva de género en salud mental.

- Consumo problemático de SPA, políticas de cuidado y relación con el sistema de protección de NNyA.

- Capacitaciones en perspectiva de género en salud mental, dirigida a profesionales de salud mental y especialistas en salud materna.

- Prevención y capacitación sobre violencias de género, institucional y obstétrica.

- Fortalecer a los equipos de salud, que puedan ACOMPAÑAR a mujeres que usan SPA desde el marco de derechos, perspectiva de género, los determinantes sociales y la reducción de daños en los abordajes.

- Elaboración de Guías y Protocolos de atención a mujeres que cursen embarazo, parto y puerperio usuarias de sustancias.

- Mejorar la articulación del sistema de salud pública con la red comunitaria, trabajo en red e intersectorial.

Referencias bibliográficas

Diez, Pawlowics, Vissicchio, otrxs (2020) Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina.

- Epele, M. La logica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud . Cuadernos de Antropología Social N° 25, pp. 151–168, 2007 © FFyL – UBA – ISSN: 0327-3776
- Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010) Congreso de la Nación de la República Argentina. En servicio.infoleg.gob.ar
- Ley 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (2014) Congreso de la Nación de la República Argentina. En servicio.infoleg.gob.ar
- Ley 26.529. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud (2009) Congreso de la Nación de la República Argentina. En servicio.infoleg.gob.ar.
- Ley 23.737. Tenencia y tráfico de estupefacientes (1989). Congreso de la Nación de la República Argentina. En servicio.infoleg.gob.ar
- Ley 26.485 Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009) Congreso de la Nación de la República Argentina. En servicio.infoleg.gob.ar
- ONU (2018) Informe mundial sobre drogas: resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Washington DC.
- OMS (1948) Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York.
- Parga, J. (2012) Etnografía sobre la equidad de género en la atención del uso problemático de sustancias. Un análisis sobre la “adherencia” al tratamiento. Tesis de Maestría en Género, sociedad y políticas de FLACSO Argentina – PRIGEPP.
- Parga J, (2016) Salir del bardo. Etnografía de las Políticas Públicas de abordaje del consumo de sustancias en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011). Tesis doctoral de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata.
- Pawlowicz, María Pía, Duarte, Miriam, Rossi, Diana, Alcaraz, Laura, Goltzman, Paula, Navarro, Daniela, Ralón, Gonzalo, Stehlik, Carina y Touzé, Graciela (Agosto, 2015). Implicancias de la implementación de la Ley 26.657 de Salud Mental en relación con los consumos problemáticos de drogas en la Ciudad de Mendoza. 2° Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo. "Balances y desafíos de una década larga (2001-2015): aportes y debates desde la sociología". Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Romo Aviles, N. (2010) La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. Revista Española de Drogadependencia. 35 (3) 269-272. 2010.
- Sánchez Antelo, V., Jeifetz, V. J., Muollo, M. S., Navarro, D. M., Parga, J., Setien, L. A., & Trupa, N. S. (2018). Estudio cualitativo y comparativo sobre perfil, accesibilidad y adherencia al tratamiento de mujeres que usan sustancias psicoactivas legales e ilegales en cuatro ciudades de la República Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dirección de Investigación para la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.
- SEDRONAR (2017) Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas informe de resultados. Buenos Aires.
- Setien L, Parga J, (2018) Disciplinamientos y estrategias biopolíticas de control de los cuerpos de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas. Buenos Aires: Teseo.

- Tajer D. (2012) Escala de medición de grados de integralidad y equidad de género (EquiGEN). “Ruta Crítica de la salud de las mujeres: Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud” Programación UBACyT.
- Tajer D, Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: Políticas Públicas, Mujer y Salud. Popayán, Colombia: Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Provincia de Buenos Aires (1993-2011). – 1ra. ed. - La Plata, Buenos Aires: Fundación
- Touze, Graciela, Pawlowicz, María Pía, Rossi, Diana, Goltzman, Paula y Cymerman, Pablo (2008). Consumo de drogas en Argentina. En: Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. Santiago de Chile.: Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez.

Agradecimientos:

Agradecemos al “Programa Investigadores Mendocinos”, del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, de la Provincia de Mendoza que financió el proyecto.