

CONSIDERACIONES SOBRE LAS CATEGORÍAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD Y PROCESOS DE ESTIGMATIZACIÓN EN PERSONAS EXTERNADAS DE INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CONSIDERATIONS ON THE CATEGORIES OF ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE AND STIGMATIZATION PROCESS OF MENTAL HEALTH CARE OUTPATIENT

Garbus, Pamela¹

RESUMEN

Se considera a la accesibilidad a la atención en salud y los procesos estigmatizantes como una dimensión de un problema complejo que merecen ser analizados en distintos niveles: uno Macrocontextual, uno de Metaprosesos y uno de Microprocesos. Las prácticas de atención en salud deben leerse en la articulación de estas dos categorías y en el entrelazado de estos tres niveles de análisis. Los procesos de estigmatización no necesariamente han de convertirse en barreras de acceso al sistema. El estigma también puede operar como facilitador del acceso a partir de la inclusión de estos sujetos en políticas focalizadas. Debemos interrogarnos no solo por las barreras de acceso que existen para una población tal, sino aún ¿cuáles son las características de la accesibilidad a la atención en salud de esta población específica? Muchas de las prácticas que se llevan a cabo con esta población se sostienen en una lógica de victimización que continúa objetivando la locura.

Palabras clave:

Accesibilidad - Procesos de estigmatización - Políticas en Salud y Salud Mental

ABSTRACT

It is consider the accessibility of health care and stigmatizing processes as a dimension of a complex problem that deserves to be analyzed at different levels: one Macro context, one of Meta procesess and one of micro procesess. The health care practices should be read in the articulation of these two categories and in the interweaving of these three levels of analysis. Stigmatization processes not necessary become barriers to access to the health system. Stigma can also operate as a facilitator of access whith the inclusion of these subjects in targeted policies. We should inquire not only for access barriers that exist for these population, but still what are the characteristics of accessibility to health care in this specific population? Many of the practices that take place with this population are held in a logic of victimization that continues aiming madness.

Key words:

Accessibility - stigmatization Processes - Health and Mental Health Policy

¹Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Becaria Posgrado Tipo II de CONICET, 2010-2012 (UNLA). JTP de Salud Pública / Salud Mental, Cátedra II, Facultad de Psicología, UBA. E-mail: pgarbus@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se enmarca en la tesis de doctorado de la autora la cual se encuentra en etapa de elaboración¹ y cuyo objetivo general es el estudio de la accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones manicomiales en un partido de la provincia de Buenos Aires donde el abordaje de las llamadas patologías mentales se realiza en forma ambulatoria, limitando la internación solo para casos agudos.

El interés en el análisis de la relación de estos usuarios con el sistema de salud luego de su externación se basa en considerar que el estudio de la salud, en este caso de sus prácticas de atención, favorece una comprensión del ámbito socio-cultural en el cual dichas prácticas se desarrollan (Crawford, 1994). Es una de las metas de esta investigación el aportar conocimiento sobre el modo en el que se llevan a cabo abordajes en salud mental de orientación comunitaria en pos de una reforma del sector. Se parte de considerar la accesibilidad a la atención en salud y los procesos estigmatizantes como una dimensión de un problema complejo que merecen ser analizados en distintos niveles: un nivel económico, político y normativo gubernamental (Macrocontextual) un nivel Institucional en las formas y prácticas de la prestación de servicios (Metaprocesos) y un nivel singular en las representaciones y prácticas de los diversos actores que está vinculado la dimensión subjetiva (Microprocesos) (Stolkiner, 1994). Las prácticas de atención en salud deben leerse en la articulación de estas dos categorías y en el entretrejo de estos tres niveles de análisis. El objetivo de este trabajo desarrollar dicha justificación teórico-metodológica.

Para dar cumplimiento a dicho objetivo, se desarrollará en primer lugar el modo en el que la autora caracteriza la categoría de Accesibilidad a la atención en salud.

LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA RELACIONAL

"...debo verificar que el objeto que me propongo estudiar no esté atrapado en una red de relaciones a las cuales deba la esencia de sus propiedades."

Bourdieu P. & Wacquant L J D; 1995, p. 170

El concepto de accesibilidad se comenzó a utilizar en los años 60 en el marco de la llamada Alianza para el progreso en un contexto de preocupación política por concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos, siendo las políticas en salud, una de las áreas prioritarias (Comes, 2006) (Comes, Solitario, Garbus, & Otros, 2008)

¹Se trata de la tesis "Servicios de Salud, Procesos de Estigmatización y Subjetividad. Estudio de caso: Accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones manicomiales bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio", para el Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLA la dirección de la tesis está a cargo de la Prof. Alicia Stolkiner y la Co dirección de la Dra Yamila Comes. La autora cuenta con Beca Posgrado Tipo II del CONICET.

Desde entonces la accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Entendido como un problema de oferta de servicios, se esperaba conocer el modo de eliminar las barreras que pudieran obstaculizar el acceso. Históricamente dichas barreras fueron caracterizadas como: *geográficas*, relacionadas con la distribución y la localización de los servicios" (Hamilton, 2001) *económicas*, vinculadas con la posibilidad de uso de un servicio derivada de la capacidad adquisitiva de la población, frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos (Otero & Otero; 2003) *Administrativas u organizacionales*, dadas por la forma de organización de los servicios en relación al otorgamiento de turnos, a los horarios y los recorridos dentro del sistema de Salud y *culturales*, las cuales se centraban en las diferencias culturales, religiosas etc. entre el personal de los servicios y la población. Se entiende como "barrera" a la obstaculización del acceso en cualquiera de estas cuatro dimensiones. Esta investigación retoma la línea de trabajo que viene desarrollando desde hace más de una década el equipo del cual la autora forma parte² rescatando y ampliando la importancia de la dimensión cultural y considerando para su análisis el conjunto de vivencias, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de salud de una población. De este modo se denominó a dicha dimensión *simbólica*, siendo que la misma rescata la posibilidad de que el imaginario social y las representaciones pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios. (Comes, 2004) (Comes, 2006) (Comes, y otros, 2008).

El definir a la accesibilidad únicamente desde la oferta invisibiliza el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. La incorporación del caudal significativo de la población y los servicios al análisis de la accesibilidad a la atención, implica ir más allá de esa caracterización que dio origen al problema de acceso.

Es que el definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso.

En este sentido se define a la accesibilidad como una *relación* entre los servicios y los sujetos en la que, tanto

²Se trata del equipo de investigación que dirige la Prof. Alicia Stolkiner que actualmente trabajan en el proyecto de investigación UBACyT P040 "Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense en el periodo 2002 -2010: Subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención"

unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Se considera que los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. (Stolkiner & Barcala; 2001) (Comes, 2004) (Comes, 2006) (Comes, y otros, 2008)

El incorporar la dimensión relacional (Bourdieu & Wacquant, 1995) al estudio de la accesibilidad implica pensar, no solo en la población y en los servicios de salud, sino tomar especialmente para su análisis la *relación* entre los servicios y la población desde la perspectiva de Bourdieu, esto significa, como podrá verse más adelante, leer la misma en el entretejido del campo en el que se desarrolla.

Es una de las características centrales del concepto de campo en Bourdieu la naturaleza de las relaciones, las cuales para el autor, solo cobran sentido en la medida y el modo que se articula dentro de un sistema de relaciones. Los límites de un campo terminan justo allí donde sus efectos desaparecen

Para Pierre Bourdieu el espacio social es constituido multidimensionalmente desde la lógica de los campos y conceptualiza a estos como "una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o capital), cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo y de paso por sus relaciones objetivas con las demás posiciones". (Bourdieu & Wacquant, 1995, p. 64)

Tal como se indicara anteriormente, es en este sentido que se considera que el estudio de la accesibilidad a la atención en salud, de esa *relación* entre usuarios y servicios de salud, debe incorporar para su análisis al menos tres niveles: un nivel económico, político y normativo gubernamental (Macrocontextual), un nivel Institucional en las formas y prácticas de la prestación de servicios (Metaprocesos) y un nivel singular en las representaciones y prácticas de los diversos actores que está vinculado la dimensión subjetiva (Microprocesos) (Stolkiner, 1994). Se trata de evitar el reduccionismo de considerar que dicha relación puede leerse pura y exclusivamente en un nivel de análisis. Es generalmente en el nivel de Metaprocesos en donde se sitúan los estudios de la accesibilidad, como si se tratara únicamente de un vínculo lineal entre personas, en donde las políticas y procesos de subjetivación, tanto como la subjetividad misma de trabajadores y usuarios, hicieran meramente de contexto.

Se trata entonces de reconocer en todo momento que dicho objeto de estudio - la accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones mani-

comiales - está atrapado en una red de relaciones en las cuales hay que leer la esencia de sus propiedades. (Bourdieu & Wacquant, 1995)

Si bien el análisis de la sociología de Pierre Bourdieu excede los objetivos de este trabajo, interesa explicitar los principales lineamientos teóricos de los cuales esta investigación se sirve. En este sentido se torna necesario hacer referencia explícita a la categoría de *habitus* para comprender el modo en el que son analizadas las prácticas en salud.

En la sociología de Bourdieu, el *habitus* constituye la respuesta esencial para superar la oposición entre las teorías "objetivistas"- que explicarían las prácticas sociales como determinadas por la estructura social y donde los sujetos no son más que meros soportes de la estructura de relaciones en la que se hallan - y las "subjetivistas" - que explican las acciones sociales como agregación de las acciones individuales -. Para Bourdieu: "El habitus como sistema de disposiciones en vista de la práctica, constituye el fundamento objetivo de conductas regulares y, por lo mismo, de la regularidad de las conductas. Y podemos prever las prácticas [...] precisamente porque el habitus es aquello que hace que los agentes dotados del mismo se comporten de cierta manera en ciertas circunstancias" (Bourdieu, 1987 en Giménez, 1997).

Las prácticas están generadas y organizadas a partir del *habitus*. Por *habitus* se entiende a un conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Estos están socialmente estructurados, se han ido conformando a lo largo de la historia de cada sujeto y suponen la interiorización de la estructura social, del campo concreto de relaciones sociales en el que el agente social se ha conformado como tal. Sin embargo al mismo tiempo los esquemas son estructurantes; se trata de las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente. (Criado, 2009).

A partir de lo dicho anteriormente se ve justificada la necesidad de incorporar para el análisis de la accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones manicomiales, el estudio de las políticas de acceso a la atención que se llevan a cabo en el *campo de la salud*. Sin afán de reiterar lo ya dicho, interesa destacar que dichas políticas se constituyen en "propiedades del objeto de estudio" (Bourdieu & Wacquant, 1995).

Se considera necesario abordar las políticas acceso a la salud de esta población considerando especialmente los *procesos de subjetivación* (Fassin; 1999) que se llevan a cabo en el campo de la salud y salud mental. Se trata de estudiar el lugar que ocupa la locura en las políticas sociales actuales, en especial, las de la salud. Hoy, en diferentes documentos de organismos internacionales, los sujetos con padecimientos psíquicos crónicos son considerados sujetos a los que la locura y el

posterior encierro, los confinó a la exclusión social (OPS/OMS, 2005) Se puede decir que actualmente en Argentina, la consideración de la locura dentro de la categoría de exclusión imprime un modo particular de políticas y acciones para este grupo social. Tal como se intentará analizar más adelante, es a partir de considerar su condición de excluidos y vulnerables que se los incluye en la agenda de las políticas sociales.

Acuña, C y Bolis M (OPS/OMS, 2005) consideran que la estigmatización tiene un papel esencial en la ocurrencia del fenómeno de la exclusión en salud. Plantean que la misma *“potencia la exclusión en otras esferas de actividad a lo largo de la vida de los individuos, especialmente en el sistema educativo y en el mundo laboral”* (OPS/OMS, 2005) Es sabido que el impacto del estigma como causal de exclusión social produce un incremento en el nivel de pobreza de personas con enfermedad mental. Plantean las autoras: *“la desvalorización que el sistema de salud realiza de la atención de los trastornos de conducta y la poca prioridad que confiere a los mismos, se traduce a su vez en la falta de identificación de alternativas capaces de lograr la inserción de las personas con enfermedad mental en la corriente educativa y laboral perpetuándose el círculo de daños y creando riesgos para el capital social.”* (OPS/OMS, 2005)

Sin embargo, y tal como se indicara anteriormente, se trata de leer los procesos de estigmatización en tanto procesos complejos, cuyos efectos pueden incluso ir más allá del fenómeno de exclusión. Más aún, se puede decir que los procesos de estigmatización no necesariamente han de convertirse en barreras de acceso al sistema. Debemos interrogarnos ya no exclusivamente sobre que barreras de acceso existen para una población tal, sino aún ¿cuáles son las características de la accesibilidad a la atención en salud de esta población específica?

Para avanzar en dicho análisis se torna necesario hacer un breve recorrido histórico de la construcción social de la categoría de “loco” para poder adentrarnos posteriormente en las políticas de la locura y su relación con la exclusión.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA LOCURA

“...nadie lo podrá impedir esta noche iré hasta el fin con los locos, los borrachos, con las putas y los guachos... Al zaguán de un mundo liberado, al placer de un mambo marginal al rincón de un juego desquiciado, hasta tumbar en plenitud...”
“El viejo de Arriba”. Bersuit Vergarabat

En “La Historia de la Locura en la Época Clásica”, Foucault da cuenta que, lejos de ser una entidad natural, la enfermedad mental es una construcción social. Describe como en la época clásica se produjo el “Gran Encierro” de la locura que el Renacimiento había liberado. El silenciamiento de la locura, se logró por medio de la

práctica de reclusión, la que se realizaba con el ingreso a las instituciones manicominales. (Stolkiner & Solitario, 2007).

Dichas instituciones, que también deben su origen a la fundación de los estados modernos, respondieron a la necesidad de la sociedad de alojar -y alejar- a la “locura” y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados”. (Foucault, 1967) El estado era quién debía definir los espacios para quienes resultaban disruptivos o fracasaban, de allí el nacimiento de instituciones asistenciales ejecutadas con una lógica filantrópica y sostenidas en una articulación entre ciencia y moral.

Entonces tanto los locos como el resto de las figuras de la sinrazón -el ladrón, el mendigo, la puta- fueron excluidos por constituirse en amenaza para los pilares fundamentales de la racionalidad moderna: el sistema económico-productivo naciente -el capitalismo-, la moral, la religión. (Foucault, 1967). El saber -conocimiento médico-psiquiátrico- fue convocado a evitar los peligros de estas amenazas, sirviéndose para dicho propósito de la objetivación que se realizó de estos sujetos. Así fue que nació el loco como personaje social, merecedor desde entonces de la reclusión, desde el momento en que se convirtió en objeto de la psiquiatría.

Fue a finales del siglo XVIII que la locura comenzó a considerarse como una enfermedad. La paulatina medicalización del encierro fue dando lugar al alienismo, primer discurso psiquiátrico moderno. El mismo justificaba la reclusión, no ya como una forma de impedir sus desórdenes y mantener la paz social, sino por el propio bien de los insanos, esto es, como una medida terapéutica indispensable. (Stolkiner & Solitario, 2007)

Independientemente de lo positivo que fue dicho cambio para el modo de abordaje de los padecimientos mentales - en tanto se pasó de *“un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia”* a una relación asistencial - no se puede pasar por alto el hecho de que se configuró una práctica que, al decir de E. Galende, se basó en el tratamiento compulsivo de los enfermos”. (Galende, 1990).

Claro está que es imposible desconocer que la medicalización no fue privativa de la psiquiatría. Se trata este de un aspecto más de un proceso en el cual la ciencia moderna, supuesta de producir un conocimiento objetivo y verdadero, se instituyó como razón de poder reemplazando el lugar de la religión. (Stolkiner, 2003).

Así la privación de derechos de aquellos sujetos que eran internados, encubierta por los supuestos de curación, permitía forjar la representación de sujeto de derechos en la sociedad toda. (Stolkiner, 2003). “La compasión por el que sufre estableció una nueva relación social que no se fundamentó en la reciprocidad sino en la subordinación. Se instauró una relación de tutela en la que se basó toda la política asistencialista, según la cual los niños, los locos y también las mujeres -que

estaban sometidas a la autoridad paternal o marital— sufrían una minoría social, no eran sujetos de derecho.” (Bayón, 2000, p. 228 en Stolkiner, 2003).

POLÍTICAS Y PROCESOS DE ESTIGMATIZACIÓN DE LA LOCURA

“Nos podemos engañar al pensar que en la medida en que se ganan derechos por medio de la eliminación de exclusiones, estamos eliminando lo que divide a la gente con respecto al tipo de sociedad que queremos”.

Milton Fisk, 2004

En los últimos años se han ido sucediendo en Argentina diferentes experiencias de externación de pacientes y de transformación de los servicios de internación de pacientes crónicos en salud mental. Se puede decir que existe un contexto político discursivo en el que convergen diferentes argumentaciones para enunciar la necesidad de reforma del modo de abordaje de los padecimientos mentales³.

Sin embargo se corre el riesgo de considerar que las políticas de “inclusión social”, también llamadas de “reinserción” de la locura - aquellas que consisten en ofrecer asistencia a los sujetos externados por medio de subsidios, casas de medio camino, trabajo en talleres protegidos, inclusión en programas de salud bajo población nominada, etc. - resolverán de por sí la exclusión por el simple hecho de que su propósito sea incluir a los sujetos en circuitos sociales.

Aquellas políticas tendientes a apoyar los procesos de externación de estos sujetos en muchas oportunidades, lejos de ser un apoyo en un camino tendiente a que las personas dejen de ser objeto de acciones múltiples por parte del sistema de salud y/o del sistema social para devenir por fin en sujeto de derechos, se convierten en un modo de vida que, al hacerlos pasivos de sus intervenciones, perpetúan su vulnerabilidad.

De hecho se puede decir que muchas de las políticas y prácticas que se desarrollan en el marco de una transformación del modo de abordaje de los llamados padecimientos mentales replican y sostienen procesos estigmatizantes en torno a la locura. Considerar el rol que estas políticas ocupan en el sostenimiento de procesos estigmatizantes implica considerar que los procesos de

estigmatización de por sí son complejos procesos sociales y por lo tanto requieren ser comprendidos en relación a nociones de poder y dominación. Parker y Aggleton consideran que el estigma produce y reproduce relaciones de poder y control en todos los sistemas sociales. (Parker & Aggleton; 2003).

Tal como se desarrollará en el próximo punto de este trabajo, es necesario advertir los efectos de la “victimización” (Fassin, 1999) de la locura para poder sostener un verdadero proceso de reforma. Sin embargo no se puede dejar de reconocer que en muchas oportunidades, esta victimización y tutela, es el único modo que encuentra el Estado de abordar los padecimientos de estos sujetos y que, para evitar estos efectos, no es posible correr el riesgo de someterlos al desamparo. Esta tensión “tutela-desamparo”, no debe ser fácilmente resuelta, es necesario promover de un verdadero debate en el campo de la salud y salud mental en torno a la misma.

Se considera que el estigma no está relacionado al aspecto de las acciones individuales sino que está ligado a la valorización que se le da a determinados grupos en relación a otros. Esto es lo que hace que el mismo se relacione con procesos de exclusión y desigualdad social. Estigma y procesos de estigmatización funcionan en el punto de intersección entre cultura, poder y diferencia. Solo abordando la relación que se establece entre estas dimensiones es posible comprender el estigma en su función constitutiva del orden social. (Parker & Aggleton; 2003).

Tal como se indicara en un principio, el fin del trabajo en el cual este escrito se enmarca, es abordar la problemática del acceso a la salud de sujetos con padecimientos mentales crónicos que han sido externados de instituciones manicomiales. Esto implica considerar para su análisis tanto el nivel de las políticas en salud como el de las prácticas de atención en salud propiamente dichas.

Sin embargo abordar el estudio de los procesos estigmatizantes no significa centrarse linealmente y exclusivamente en el nivel de las relaciones personales que se establecen entre pacientes y trabajadores. El estigma no es una actitud de un individuo hacia otro ni un valor cultural, es un proceso social.

Considerar el estigma como proceso social acerca a la comprensión de cómo el mismo produce y reproduce desigualdad social (Parker & Aggleton, 2003). Más aún, el estigma hace que las desigualdades sociales y la exclusión se vean como naturales. En este sentido el estigma refuerza la exclusión social.

POLÍTICAS Y PRÁCTICAS EN TORNO A LA LOCURA: UNA BREVE HISTORIZACIÓN

A los fines de la investigación en la que este escrito se enmarca se pretende abordar las políticas acceso a la salud de esta población considerando especialmente los procesos de subjetivación (Fassin, 1999) que se

³En este contexto en octubre de 2009 la Cámara de Diputados de la Nación aprobó un proyecto de Ley de Salud Mental que en líneas generales garantiza los derechos humanos de los pacientes de salud mental. El mismo pone el eje en el abordaje interdisciplinario, la desinstitutionalización y promoción de dispositivos alternativos de atención, y establece mayores garantías para las personas que se encuentren en situación de alta vulnerabilidad por su padecimiento mental. Prohíbe la creación de nuevos manicomios, establece nuevas reglas en los existentes y restringe la internación forzosa. Dicho proyecto se debatió durante tres años y contó con apoyos y aportes del CELS, la OPS y la OMS, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Consejo Federal Legislativo de Salud, el Foro de Desmanicomialización, diferentes referentes académicos y de asociaciones de usuarios y familiares.

llevan a cabo en el campo de la salud y de la salud mental. Con este fin se sintetizarán diferentes momentos en las "políticas de la locura".

Desde su surgimiento como enfermedad, el abordaje de la locura estuvo caracterizado, tal como se señaló anteriormente, por una política de tutela y subordinación. Los locos fueron desde entonces sujetos a los que se los debía alojar para darle la atención que el poder psiquiátrico consideraba adecuada. Se instaló claramente la idea de que era el psiquiatra el que sabía que era lo mejor para el alienado y, en pos de su bien debía tratarlo, aún cuando debía hacerlo coercitivamente.

A principios del siglo XX el higienismo mental inicia, sin grandes éxitos, las críticas al modelo asilar. La consecuencia más importante de este nuevo movimiento fue el hecho de que la psiquiatría salga del manicomio para ocuparse, ya no solo de la insania encerrable, sino de cualquier clase de conducta humana defectuosa. (Stolkiner & Solitario, 2007). Se instala de este modo lo que H. Arendt llama "política de la piedad", a partir de una forma específica de conciencia política aplicada a la salud con la preocupación por la injusticia que recae sobre grupos especiales. (Fassin, 1999).

El movimiento del higienismo mental no logró modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la reclusión. No fue hasta después de la segunda guerra mundial que confluyeron distintos factores socio-políticos dando lugar al comienzo de transformaciones mucho más nodales en los modelos asistenciales (Galende; 1990).

A partir de la crisis del 30 se comenzaron a dar transformaciones en el campo de las políticas en salud de la mano de la reformulación del Estado bajo el influjo del keynesianismo. El nacimiento de las políticas sociales universales, en reemplazo de la filantropía de los estados liberales, es el contexto que favorece dichas transformaciones. Las políticas en salud mental emergentes en este período propugnaban la desaparición de la internación prolongada promoviendo formas de asistencia basadas en la comunidad. Su propósito explícito era evitar los probados efectos iatrogénicos de la internación y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos. Cabe aclarar que no es ajeno a estas transformaciones el hecho de que, al configurarse los sistemas universales de salud, había numerosas camas hospitalarias destinadas a pacientes psiquiátricos, lo que se presentó como un problema. (Stolkiner & Solitario, 2007).

Tal como plantea Emiliano Galende (1990) en la década de los cincuenta se va produciendo un nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. De la mano de Goffman se plantea que la internación es en sí misma generadora de patología. Abonando esta idea, en E.E.U.U se comienzan a formar las socioterapias y las comunidades terapéuticas formando un contexto favorecedor para la ley Kennedy en 1963 y el Programa Federal de

Psiquiatría Comunitaria. En Europa, Francia e Italia comienzan a gestar reformas en sus sistemas de salud que dan un nuevo lugar a la Salud Mental. En Francia a partir de Saint-Alban y el apoyo del Frente Patriótico. En Italia el Frente Democrático reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas para luego, de la mano de Basaglia desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental. (Galende, 1990).

Las distintas experiencias de reforma en salud mental que se llevan a cabo en Argentina desde hace unos años, en líneas generales promueven la atención ambulatoria de las patologías mentales⁴. El surgimiento del "loco" en el escenario actual de las políticas sociales conllevó una sutil pero significativa transformación respecto del lugar que tenía anteriormente. Los sujetos con padecimientos psíquicos crónicos hoy son considerados por los hacedores de políticas públicas, sujetos a los que sus padecimientos psíquicos y el posterior encierro los confinó a la exclusión social.

La consideración de la locura dentro de la categoría de exclusión imprime un modo particular de políticas y acciones para este grupo social. Es importante destacar que es a partir de ser considerados excluidos y vulnerables que se los incluye en la agenda de las políticas sociales⁵.

LA EXCLUSIÓN COMO MODO DE ORGANIZACIÓN SOCIAL

En los últimos años mucho se ha comenzado a hablar sobre la exclusión, en especial, sobre la exclusión social en salud. Organismos internacionales (OMS/OIT; 2002) hoy plantean sin tapujos -considerando el papel que los mismos han tenido en dichos procesos- que las reformas económicas implementadas en América Latina durante las últimas tres décadas trajeron como consecuencia en los países de la región un aumento de la pobreza, empeoramiento en la distribución del ingreso e incremento de las brechas entre pobres y ricos. Se asume que estas políticas económicas produjeron un impacto en Salud produciendo mayor índice de exclusión y aumento de la

⁴Se puede decir que la puesta en agenda sobre la necesidad de reforma en salud mental y el tratamiento de la locura desde la "perspectiva en derechos humanos" (CELS, 2007) puede leerse en el marco de un proceso de revisión de políticas sociales al que asistimos en nuestro país como efecto de la transición democrática el que favoreció el hecho de que problemáticas ausentes en los debates anteriores, hoy sean "susceptibles de deliberación" (Pecheny M; Petracci M, 2006)

⁵Esto se enmarca con lineamiento internacional en el modo de delinear políticas sociales. En la Declaración del Milenio (Resol. 55/2 del PNUD) se exhorta a los jefes de gobierno a "defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial. En nuestra calidad de dirigentes, tenemos pues, un deber que cumplir respecto de todos los habitantes del planeta, en especial de los más vulnerables". Este propósito se materializó en los Objetivos del Milenio que fueron la guía fundamental de las políticas a implementar de los países miembros. En nuestro país, fueron la guía para el Plan Federal de Salud (2004)

inequidad. Esto ha llevado a que desde la década de los 90' se haya comenzado a estimular el estudio de los fenómenos de exclusión en Salud.

Al decir de Touraine la sociedad hoy está estructurada de modo horizontal lo que demarca un adentro, agrupador de los incluidos, y un afuera que reúne a los excluidos. (Fassin, 1999).

Serge Paugam plantea que los excluidos son todos aquellos que por una razón u otra se encuentran en ruptura con el "lazo social". Esta condición de excluidos, conlleva la necesidad de *asistencia* por parte del estado. Este particular modo de asistencia barre la categoría de sujetos en estas personas excluidas transformándolas en objeto de dichas prácticas asistenciales. (Paugam, 1994 en Fassin, 2009).

Plantea Fassin que hoy la condición de exclusión presenta un doble rasgo, la *victimización* - que no es más que la contracara de la reprobación y rechazo - y la *singularización* dada por el interés que se le da al itinerario que han llevado a cabo los excluidos para llegar a tal condición. Este nuevo modo de conformación social - la exclusión - supone para Fassin la aparición de una nueva forma de política a la que denomina "política del sufrimiento": "La exclusión, como representación del espacio social, y el sufrimiento como representación de la condición humana" (Fassin, 1999).

Interesa pensar en estas características de la exclusión en sujetos con padecimientos mentales crónicos en tanto muchas de las políticas y prácticas que se promueven actualmente para este grupo social en su gran mayoría subrayan, claro está por una necesidad histórica, las vicisitudes de los itinerarios de la locura, condenándolos de este modo a la perpetuación de aquellos procesos estigmatizantes que los han llevado a la exclusión.

Puede leerse en las diferentes prácticas actuales de abordaje de la enfermedad mental, la implementación de políticas focalizadas que, independientemente de los idearios de reforma que puedan adoptar para su implementación, por su sola condición de "focalizadas" replican muchas veces procesos estigmatizantes. Esto se da por la necesidad que existe de subrayar la condición social de paciente psiquiátrico pobre, desempleado, excluido, para la lograr la inclusión de estos sujetos dentro de los programas que materializan estas políticas y que actúan generalmente por medio de población nominada.

REFLEXIONES FINALES

Este trabajo se propuso explicitar el modo en el que se caracterizan teórica y metodológicamente en la investigación en la cual el mismo se recorta, tanto la accesibilidad a la atención en salud como los procesos de estigmatización.

Considerar a la accesibilidad a la atención en salud como un problema complejo y abordar su estudio a través de diferentes niveles de análisis conlleva un aná-

lisis crítico de la historia de la locura, de las políticas sociales, de salud. Pero incluso, tal como se intentó demostrar, los procesos de estigmatización merecen ser abordados en la articulación de estos diferentes niveles de análisis. De este modo se intenta evitar el callejón sin salida al que nos arroja el naturalizar la relación histórica entre "locura, estigma y exclusión". Se trata de evitar el asumir de antemano que el estigma es de por sí una barrera de acceso al sistema de salud.

Al decir de Didier Fassin es necesario estudiar una teoría de la "política del sufrimiento" para comprender el modo en el que se llevan a cabo procesos de exclusión en salud. Para eso es ineludible la incorporación del estudio de los procesos estigmatizantes en tanto procesos sociales. Esto implica considerar tres dimensiones del estigma: los dispositivos de poder, los modos culturales, y la diferencia, en este caso, la locura. (Parker & Aggleton; 2003).

Muchas de las prácticas que se llevan a cabo con esta población, aún cuando se trate de prácticas enmarcadas en experiencias de reforma en salud mental, se sostienen en una lógica de victimización la cual continúa objetivando la locura. Es necesario caracterizar los dispositivos de poder que se sostienen y replican en estas prácticas asistenciales.

Las políticas estatales sobre seguridad social, condicionan el acceso a los servicios de salud (Fassin, 2004) El estudio de los procesos estigmatizantes que se sostienen y replican en dichas políticas, hecha luz sobre el modo de acceso que tiene la población de estudio. El estigma puede operar como barrera de acceso o bien como facilitador del mismo a partir de la inclusión de estos sujetos en políticas focalizadas. Por eso resulta necesario analizar críticamente tanto las políticas de salud, como el tipo de acceso que esta población obtiene.

Comprometerse en el estudio de las prácticas estigmatizantes en salud y las percepciones sobre las cuales estas basan (Crawford, 1994) favorece el conocimiento de la relación que estos sujetos establecen con el sistema de salud. Incluso permite un acercamiento a la comprensión de las prácticas estigmatizantes que se desarrollan fuera de campo de la salud con estos sujetos.

REFERENCIAS

- Bourdieu P.; Wacquant L.J.D. (1995): Respuestas por una antropología reflexiva, Ed. Grijalbo, México.
- Comes, Y. (2004): La accesibilidad: una revisión conceptual. Documento laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT.
- Comes, Y. (2006) *Ciudadanía y subjetividad. Análisis de las representaciones sobre el derecho a la atención de la salud en mujeres por debajo de la línea de pobreza del AMBA*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkner, A. (2008) El concepto de Accesibilidad: La Perspectiva Relacional entre Población y Servicios. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA*, Volumen XIV año 2006.
- Criado, E.M; (2009) Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social, Tomo 1/2/3/4, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México 2009
- Crawford, R. (1994) The boundaries of the Self and the unhealthy Other: Reflections on health, culture and AIDS. *Social Science & Medicine*, Vol. 38, N° 10. 1347-1365.
- Fassin, D. (1999) La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento. En *Cuerpos, diferencias y desigualdades*. Mara Viveros Vigoya, Gloria Garay Ariza (compiladoras) Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Fassin, D. (2005) Gobernar los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes. *Revista Educación*, Porto Alegre - RS año XXVIII, n.2 (56), P.201-226. Mayo-agosto de 2005
- Fassin, D. (2004) Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología. Volumen 40*, enero-diciembre de 2004.
- Foucault, M. (1967) *Historia de la Locura en la Época Clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fisk, M. (2004): Bienes públicos y justicia radical: Una moralidad política para la resistencia solidaria. *Programa editorial Universidad de Valle, Cali, Colombia* 71-89.
- Gimenez, G. (1997) La Sociología de Pierre Bourdieu. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Disponible en www.paginasprodigy.com/peimber/BOURDIEU.pdf 03/03/2010
- Galende, E. (1990): *Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Hamilton (2001): Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos - Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 2003.
- OMS/OPS. (2002). Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la OPS y la OIT, CSP26/12. Washington.
- Otero y Otero. (2003): Glosario de Términos de Auditoría en Salud en: <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>. - 10 de Junio de 2003
- 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.
- Stolkner, A. (1994) Tiempos 'Posmodernos': Procesos de Ajuste y Salud Mental. En: *Políticas en Salud Mental*. Compiladores: Saidon, O y Troianovsky, P. Lugar Editorial. Bs As. 1994.
- Stolkner, A. (2003). Nuevos Enfoques en Salud Mental. XIV Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Buenos Aires.
- Stolkner, A.; Barcala, A. (2001) Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. Estrategias de Cuidados de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. En: *Jornadas Gino Germani.IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani*, Buenos Aires, Argentina. 2000. p. 15. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/barcala.rtf>
- Stolkner, A.; Solitario, R. (2007) "Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías", en "Atención Primaria de la Salud: Enfoques Interdisciplinarios". PAIDOS, Buenos Aires.

Fecha de recepción: 30 de marzo de 2010

Fecha de aceptación: 10 de julio de 2010