

Geografías de prescripción y consumo de antidepresivos en servicios de salud pública de Montevideo (Uruguay)

Trabajo original

Período marzo 2018 a marzo 2019

Autores

Andrea Bielli

Lic. en Psicología, Universidad de la República (Udelar), Uruguay. Prof. Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología (PSICO), Udelar. Doctora por la Universidad del País Vasco. Programa Filosofía, Ciencia, Tecnología y Sociedad. <https://orcid.org/0000-0002-7732-7584>

Gonzalo Giraldez

Lic. en Geografía. Facultad de Ciencias, Udelar. Especialista en Metodología de la Investigación por la Universidad de Lanús, Argentina. Responsable del área de información del Hospital Vilardebó, Uruguay. <https://orcid.org/0000-0001-9907-5739>

Mauricio Toledo

Médico psiquiatra, Udelar. Mag. en Farmacología, Universidad Autónoma de Barcelona, España. Profesor asociado Área Farmacología, Facultad de Medicina Universidad Claeh, Uruguay. <https://orcid.org/0000-0001-9055-7432>

Pilar Bacci

Mag. en Psicología Clínica. Asistente académica, G3 del Instituto de Psicología Clínica, PSICO, Udelar. <https://orcid.org/0000-0002-6611-1905>

Gabriela Bruno

Mag. en Psicología Clínica. G3 del Instituto de Psicología Clínica, PSICO, Udelar, Uruguay. <https://orcid.org/0000-0002-7428-0442>

Nancy Calisto

Mag. en Psicología Clínica. G2 del Instituto de Psicología Clínica, PSICO, Udelar. <https://orcid.org/0000-0002-6317-1531>

Resumen

El uso de antidepresivos está ampliamente extendido a nivel mundial y junto con las benzodiacepinas son los psicofármacos más prescritos. Son utilizados en un amplio rango de condiciones clínicas, observándose un aumento en su prescripción y consumo a nivel internacional, regional y nacional. En ese sentido, el enfoque que considera el espacio geográfico como dimensión activa en dicha problemática es de incipiente desarrollo. En el presente estudio y a partir de un diseño mixto se analizaron las dimensiones sociotécnicas que generaron geografías de prescripción y consumo de antidepresivos en servicios de salud pública de Montevideo, en usuarios mayores de 14 años, entre marzo 2018 y marzo 2019. Se identificaron espacios de la ciudad con diferentes niveles de consumo y la emergencia del antidepresivo como objeto cultural aglutinante de múltiples situaciones sociosanitarias, siendo nexo entre grupos sociales diversos y distintivo en el reconocimiento de áreas de la ciudad, en tanto problemáticas socioeconómicas y padecimientos psíquicos.

Palabras clave

antidepresivos
niveles de consumo
etnografía
servicio de salud
geografía de la salud

Summary

The use of antidepressants is widely spread worldwide; they are the most prescribed psychotropic drugs, together with benzodiazepines. They are used in a wide range of clinical conditions, with an increase in their prescription and use at an international, regional and national level. In that sense, the consideration of geographic space as an active dimension in this problem is an incipient development. In the present study and based on a mixed design, an analysis is presented of the socio-technical dimensions that generated geographies of prescription and use of antidepressants in public health services of Montevideo, in users over 14 years of age, between March 2018 and March 2019. Authors identify city areas with different levels of antidepressants use and describe its emergence as a cultural object that brings together multiple socio-health situations, becoming a link between diverse social groups and distinctive in the recognition of city areas, with specific socioeconomic problems and psychological sufferings.

Keywords

antidepressants
use levels
ethnography
health service
health geography

Introducción

El uso de antidepresivos (ATD) está ampliamente extendido a nivel mundial y junto con las benzodiacepinas son los psicofármacos más prescritos. Son utilizados en un amplio rango de condiciones clínicas como la depresión, ansiedad y el dolor crónico. Al respecto, diversa bibliografía señala un aumento en su prescripción y consumo tanto a nivel internacional como regional.

En cuanto a prescripción, un estudio realizado en el primer nivel de atención de Canadá observó un incremento en su prevalencia entre 2006 y 2012,¹ al igual que en Inglaterra, en donde la tendencia entre 1998 y 2010 aumentó en promedio 10 % anual.² Referido al consumo de ATD, en España se incrementó un 200 % entre 2000 y 2013, vinculado principalmente a los inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS),³ al igual que en Nueva Zelanda, donde aumentó 100 % entre 1997 y 2005, también a expensas de los ISRS.⁴

A nivel regional, un trabajo realizado en Chile determinó un aumento del consumo entre 1992 y 2004 de 470 %.⁵ En tanto, a nivel nacional dos estudios abordan la problemática desde miradas diversas para igual período, 2010-2014. El primero, realizado en el Hospital Policial de la ciudad de Montevideo, identificó un incremento del consumo de ATD del 8 %.⁶ El segundo trabajo, que consideró varias instituciones del país y al 69 % de la población uruguaya, constató un aumento de la dosis habitante/día (DHD) para el quinquenio de un 22,88 % (26,49, 29,71, 30,17, 30,79 y 32,55, para los años para los años 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014, respectivamente), siendo los ISRS el grupo más consumido y la sertralina el antidepresivo más usado. El estudio concluye que el consumo de ATD a nivel nacional fue inferior al observado en otros países, pero con tendencia creciente.⁷ A su vez, la VII encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general, publicada en 2019, dejó entrever que un 14 % de la población uruguaya consumió ATD alguna vez en la vida y un 6,8 % en los últimos 12 meses

(aproximadamente 120.000 personas). Al considerar el transcurso de toda la vida, dicha encuesta destacó un consumo muy superior en mujeres respecto a hombres (18,9 % y 8,7 %, respectivamente); en tanto, la edad promedio de inicio de consumo en la población general se determinó en 31,5 años.⁸

Perspectiva geográfica y dimensiones sociotécnicas en la prescripción y consumo de psicofármacos: desafío conceptual y metodológico

Es conocida la incidencia de múltiples factores sobre los hábitos prescriptivos, algunos relacionados con la práctica médica de las diferentes comunidades y otros con la noción de salud y enfermedad imperante, la influencia del marketing y los estilos de consumo. Oldani denomina «paisaje psicotrópico» a los tipos y niveles de prescripción que operan dentro de una *localidad geográfica* dada y que responden a una diversidad de factores históricos y culturales como los hábitos de prescripción de los profesionales, las campañas de las compañías farmacéuticas, entre otros.⁹

No obstante, ya desde la definición de salud adoptada por la OMS en 1948 y el Informe Lalonde de 1974 sobre dimensiones de la salud, el interés sobre las implicancias entre contextos, factores geográficos y salud ha sido constante y creciente a partir de nuevas miradas. Una de ellas, *geografía de la salud*, nacida en la década del 70, propone una relación dinámica entre *la salud y los lugares*, con una visión holística de aquella,¹⁰ abordando las interacciones entre población, contexto social, cultural y ambiental,¹¹ así como el análisis de la estructura sanitaria en cuanto a disponibilidad de recursos, accesibilidad, prestaciones de servicios en *territorio*, entre otras variables intervinientes.¹² Así, *paisaje, territorio y lugar* a partir de sus singularidades conceptuales y materiales integradas desarrollan una trilogía de entidades geográficas desde las cuales es posible abordar temáticas

Trabajo original

Autores (cont.)

Santiago Navarro

Mag. en Psicología Clínica. G2 del Instituto de Psicología Clínica, PSICO, Udelar. <https://orcid.org/0000-0002-7642-303X>

Lauren Predebon

Mag. en Psicología Clínica. G1 del Instituto de Psicología Clínica, PSICO, Udelar. <https://orcid.org/0000-0002-3732-6317>

Virginia Rodríguez

Lic. en Psicología. G1 del Instituto de Psicología Clínica, PSICO, Udelar. <https://orcid.org/0000-0001-8973-5756>

Ismael Olmos

Doctor en Química. Responsable de la Farmacia del Hospital Vilardebó, ASSE. Integrante de la Unidad de Farmacología Clínica del Hospital Vilardebó. <https://orcid.org/0000-0002-3074-7637>

Mauricio Mato

Químico farmacéutico. Farmacia del Hospital Vilardebó, ASSE. Integrante de la Unidad de Farmacología Clínica del Hospital Vilardebó. <https://orcid.org/0000-0002-5741-4752>

Correspondencia: giraldez@gmail.com

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Nota: Este artículo fue aprobado por la editora Sandra Romano. Recibido: 2 de octubre de 2023 Aceptado: 10 de mayo de 2024 Licencia CC BY NC 4.0

sanitarias: *paisaje* como un área compuesta por una asociación distintiva de formas, tanto físicas como culturales creadas en momentos históricos diferentes pero coexistiendo en el presente;^{13, 14} *territorio* como un espacio determinado funcional y administrativamente para una población dada, y *lugar* como un espacio singular, único e irrepetible en función de una experiencia espacial vivida.¹⁵

Sin duda, la lectura de un hecho sanitario desde una u otra entidad devendrá en matices no solo teórico-metodológicos, sino, por ejemplo, como señala Mazurek, en un proceso de agregación o desagregación de información.¹⁶ Es por esto que la generalidad de las funciones enmarcadas en los territorios y la singularidad de las experiencias desde los lugares sugieren paisajes diversos según la temática propuesta, lo cual supone ir hacia un enfoque integrado teñido también desde sus expresiones cuantitativas¹⁷ y cualitativas,¹⁸ creando así un escenario propicio para brindar una lectura más acabada del fenómeno a estudio. Y desde esos dos escenarios conceptuales y metodológicos, los contextos en sus diversas escalas¹⁹ connotan y son connotados por las diversas representaciones del complejo salud, en este caso referido al uso de medicamentos que los grupos humanos realizan.

Lo sociocultural y sociotécnico de la problemática permiten considerar el factor humano, así como los condicionantes del entorno y el contexto, más allá de los recursos tecnológicos que el sistema sanitario y la infraestructura ofrecen.²⁰ Se integran de esta manera el aspecto social tejido desde las personas y sus necesidades, con lo técnico a partir de capacidades, actividades, tecnologías y dinámicas inherentes. Este abordaje requiere integrar actividades, prácticas, agentes y conocimientos diversos, la voz de profesionales, trabajadores de la salud, pacientes y usuarios; considerar regulaciones administrativas, actos de prescripción y dispensación de medicamentos, elaboración de indicadores, la circulación de saberes expertos y no expertos, entre otras. Todo un desafío, sin dudas.

Sistema sanitario público de Uruguay

En 2019, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) brindaba atención al 38,7 % (1.361.467) de la población del Uruguay (3.518.552).^{21, 22} Con una estructura asistencial sustentada en una territorialización según niveles de atención, regiones y áreas asistenciales: en el primer nivel está la red de atención primaria (RAP), con 826 servicios distribuidos en todo el territorio, comprendiendo centros de salud (CS) y políclínicas barriales (PB); en el segundo nivel, 28 hospitales generales presentes en todos los departamentos del país; en el tercer nivel, 11 hospitales generales presentes en todas las regiones ASSE del país. En cuanto a salud mental (SM), existen 47 equipos comunitarios de salud mental (ECSM) presentes en todos los departamentos; entre otras alternativas asistenciales especializadas en el área, se constituía como el mayor prestador de servicios de salud del país.^{23, 24} Desde tiempo atrás en diferentes estamentos del Estado se trabaja en la integración de perspectivas respecto de la atención en salud pública (SP), profundizando en ese sentido el saber sobre las implicancias que el espacio geográfico, si bien la mayoría de las veces señalado desde «los territorios», pudiese poseer en las dinámicas sanitarias, insumo esencial para el establecimiento de estrategias desde un ordenamiento territorial de la gestión.²⁵ No obstante, a nivel nacional no se cuenta con datos de prescripción y/o consumo de psicofármacos basados en entidades geográficas, sea paisaje, territorio o lugar. El presente trabajo busca brindar una primera mirada.

Objetivo general

Analizar las dimensiones sociotécnicas que generan geografías de prescripción y consumo de ATD en servicios de SP de Montevideo, en usuarios mayores de 14 años, entre marzo 2018 y marzo 2019.

Objetivos específicos cuantitativos

- Caracterizar la población prescripta con ATD en CS de Montevideo entre 2014 y 2016.
- Determinar el consumo de ATD en CS de Montevideo en el mencionado período.
- Describir el consumo de ATD según fármacos dispensados.

Diseño: mixto (primera fase cuantitativa —no experimental, transversal, retrospectiva— y segunda fase cualitativa —etnografía multilocal—).

Determinar los ámbitos asistenciales para realizar el trabajo de campo etnográfico requería conocer *a priori* hábitos de prescripción y consumo de ATD en usuarios mayores de 14 años de SP de la RAP de Montevideo. En ese sentido, fue posible acceder a información del período 2014-2016.

Objetivos específicos cualitativos

- Identificar y describir prácticas de prescripción de ATD según espacios geográficos definidos.
- Identificar y analizar lógicas argumentativas asociadas a las prácticas de prescripción en dichos escenarios.
- Describir las formas de dispensación y acceso a ATD formales e informales existentes.
- Describir las prácticas y racionalidades que fundamentan el uso o rechazo de ATD para los usuarios.

Fase cuantitativa

- Población de estudio: usuarios mayores de 14 años que hubiesen recibido al menos una prescripción de ATD entre 2014 y 2016 en servicios de SP de la RAP de Montevideo.
- Asignación de usuarios a CS: los objetivos planteados requerían que cada persona fuese asociada a un solo CS (tabla 1).
- Unidades espaciales de referencia: áreas asistenciales —territorios— de los CS de Montevideo y barrios del departamento.
- Variables de análisis: estas se agruparon en 5 dimensiones: demográfica (sexo, edad, rangos etarios); farmacológica (medicamento, mg. medicamento, consumo de ATD, indicador DHD según CS y

Metodología

Tipo de investigación: exploratoria, descriptiva.

Tabla 1 | Etapas y criterios adoptados para asignar usuarios a los CS de Montevideo, período 2014-2016

Etapa y criterio	Rango
EyC 1. De acuerdo con la variable <i>fidelidad</i> , definida como la frecuencia de prescripción de un usuario a un CS/año.	100 %: absoluta (80-100) %: muy alta (60-80) %: moderada (50-60) %: regular
EyC 2. Considerando a los profesionales asignados a cada CS.	Usuarios por profesional.
EyC 3. A partir de soportes informáticos asistenciales y cartográficos en función de los domicilios de los usuarios.	Usuarios por domicilio.

según fármaco); sistema sanitario (localización y áreas asistenciales de los CS, PB y ECSM); contextos y cotidianos de lugares seleccionados para la etnografía (infraestructura, transporte, desarrollo urbano, horario de atención), y características socioterritoriales de la ciudad de Montevideo según barrio (población, densidad poblacional, % población asistida en SP, % población según estrato socioeconómico).

- Caracterización de la población: a partir de las variables sexo (frecuencias absolutas y relativas), edad (media, mediana y moda) y rangos etarios (frecuencias absolutas y relativas).
- Indicador de consumo DHD según CS: establece la dosis de un medicamento por 1000 habitantes/día en un espacio geográfico dado (áreas asistenciales de los CS): $N^{\circ} \text{ DHD} = (n^{\circ} \text{ DDD} / (365 * \text{PR})) * 1000$, donde: DDD = dosis diaria definida (según la OMS, resultados de investigación, estándares, etc.), 365 = días del año, PR = población de referencia (usuarios afiliados a cada CS). Dicho indicador se determinó para cada año y como promedio del trienio según su naturaleza cuantitativa, construyendo a su vez un gradiente de consumo según cortes naturales: bajo, medio bajo, medio alto y alto.
- DHD/fármaco prescrito (principio activo)/año, para observar su evolución temporal.
- El tratamiento de la información estadística se realizó con el software estadístico de código abierto PSPP, v 1.15.3.²⁶

A partir de los resultados obtenidos, junto con las variables comprendidas en las dimensiones *contextos y cotidianos de lugares*, así como *características socioterritoriales de la ciudad de Montevideo* (toda información georreferenciada e incorporada a un Sistema de Información Geográfica, SIG), el equipo de investigación definió nueve lugares de trabajo en cinco espacios geográficos para el desarrollo de la etnografía: cuatro CS con una policlínica

dependiente (Sayago, CRAPS, Giordano y La Cruz de Carrasco) y el CS Maroñas. Si bien todos los aspectos mencionados contribuyeron en dicha selección, cobraron especial sentido los *valores de consumo DHD* determinados según áreas asistenciales de los CS y la *accesibilidad* hacia los lugares en donde se realizaría el trabajo de campo, fuese CS, PB o ECSM. El ingreso, tratamiento, visualización y análisis de información geográfica en la fase cuantitativa se llevó a cabo con el software de código abierto Qgis Firenze, v 3.28.

Fase cualitativa

– Trabajo etnográfico multilocal: entre marzo 2018 y marzo 2019 se realizó una etnografía multilocal²⁷ en los espacios geográficos y unidades asistenciales definidos en la fase cuantitativa (CS, PB o ECSM). *La receta* fue el elemento cultural a seguir en su trayectoria por los diferentes ámbitos de estudio, observando con qué otros elementos culturales se asociaba en estos sitios y a qué actores sociales conectaba en su recorrido.

– Población de estudio: profesionales, gestores, funcionarios y usuarios de las unidades asistenciales seleccionadas.

Técnica de recolección de información

Entendiendo la etnografía como una metodología multitécnica se realizó:

– observación de los ámbitos mencionados en sus diferentes espacios físicos (patios, jardines, corredores, salas de espera, farmacias, consultorios, salones de reuniones) en distintos días y horarios, y

– entrevistas, conversaciones programadas o espontáneas, personales y en grupos, con duración variable según la oportunidad, posibilidad de profundizar y disponibilidad de los actores involucrados. En total se realizaron 18 entrevistas en profundidad a profesionales y trabajadores de la salud con quienes por las características de su trabajo

no se estableció un contacto frecuente (dos a psiquiatras, tres químicas farmacéuticas, dos auxiliares de farmacia, cuatro médicos generales —un hombre y tres mujeres—, dos médicas de familia, dos trabajadoras sociales, una médica ginecóloga, una fisioterapeuta y un practicante de psicología). Las conversaciones grupales se llevaron adelante con dos equipos de SM y cuatro grupos de promoción de salud dado lo regular de sus reuniones en los centros. Se mantuvieron diálogos espontáneos y conversaciones focalizadas con personal de farmacia, enfermeras, personal de seguridad y de limpieza, mientras se los acompañaba en la realización de sus actividades habituales, así como usuarios y usuarias que se encontraban en los CS. No se cuantificaron estos diálogos dada la naturaleza etnográfica del trabajo de campo.

– Guía de entrevista. La pauta cubría bloques temáticos sobre percepción de la depresión, prescripción y uso de ATD en esos espacios, eficacia y efectividad de los ATD, el papel y circulación de las recetas y procedimientos de dispensación en el servicio de salud. Las entrevistas en profundidad fueron grabadas y transcritas o solo transcritas cuando los entrevistados lo solicitaron.

– Análisis de la información y codificación. El análisis de la información recabada se realizó en una primera etapa a través de notas de campo analíticas, sobre las que se efectuó una primera clasificación y codificación de los datos. En las conversaciones informales y entrevistas en profundidad se identificaron núcleos temáticos iniciales que luego fueron codificados según conjuntos similares de ideas y nociones, elaborándose familias de códigos que abarcaron: a) descripciones de escenarios, eventos, dinámicas y procedimientos de dispensación de medicamentos y, tipos de diálogos observados; b) valoración de los ATD, metáforas y/o tropos del lenguaje utilizados en relación con los ATD, desencadenantes y argumentos justificativos del consumo, experiencias de abandono, y c), descripción de mapeo social realizado por los actores.

– Aspectos éticos. La investigación contó con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Cuando se realizaron entrevistas en profundidad la participación libre e informada de los sujetos se garantizó relevando el consentimiento informado. Para la observación etnográfica y conversaciones ocasionales se informó del desarrollo de la investigación a los trabajadores y usuarios de los servicios de salud, a través de carteles colocados en lugares comunes y visibles que proporcionaban datos acerca de las características de la investigación. El análisis cualitativo de la información se realizó con el software Atlas Ti v7.

Resultados

Resultados cuantitativos

De la información recibida por la RAP quedaron asignados a CS de Montevideo el 98,5 % de usuarios mayores de 14 años entre 2014 y 2016, de los cuales más del 80 % presentó una fidelidad del 100 % al CS que le correspondía (84,5 % en 2014, 85,3 % en 2015 y 82,3 % en 2016). Dicha población representaron en el período considerado más del 6 % de usuarios de SP del departamento (6,41 % en 2014 = a 13.980 personas, 6,47 % en 2015 = a 14.236 personas y 6,53 % en 2016 = a 13.819 personas). En cuanto a quienes recibieron prescripción de ATD en el trienio, la relación hombre-mujer fue aproximadamente 1:4 en % (20,55/79,45 en 2014, 21,12/78,88 en 2015 y 21,58/78,42 en 2016), y casi sin variaciones al ser observado desde cada CS. En lo etario, al considerar el trienio según media, mediana y moda en mujeres fue 56,8, 58 y 58 años, respectivamente, siendo en hombres 53,6, 56 y 58; y si bien la moda para el trienio fue similar al considerar el sexo, en cada año fue mayor en hombres, aun cuando la media en cada año siempre fue mayor en mujeres. En cuanto a los CS, Ciudad Vieja y Giordano presentaron las mayores edades promedio (en torno a los 65 años); en

tanto, el CS Misurraco presentó las edades promedio menores, 50 años. En función de rangos etarios, se observó que las distancias proporcionales se ampliaban a medida que avanzaba la edad, siendo la máxima entre los 45 y 64 años, siempre con edades mayores en mujeres.

Indicador DHD según CS

CRAPS y Maroñas fueron los CS que presentaron los mayores valores del indicador DHD al promediar el trienio (110,5 y 105,9, respectivamente) y en cada año, destacándose por sobre el resto. Asimismo, la configuración espacial del indicador presentó ciertas características: un segundo nivel representado desde dos situaciones con valores medio alto: la primera, dando continuidad a los espacios con valores altos de DHD observados, conformando de esta manera un corredor sur-sureste (SSE) con los CS Unión y La Cruz de Carrasco; y

una segunda situación hacia el norte-noroeste (NNW) del departamento comprendiendo a los CS Piedras Blancas y Sayago. Y entre ambos espacios la presencia de una franja muy nítida de valores medio bajo del indicador con orientación sur-suroeste (SSW) este-noreste (ENE) (figura 1 y tabla 2).

Considerando la configuración geográfica del indicador fue posible también distinguir dos expresiones espaciales salientes: una en la cual el CS Ciudad Vieja, con los menores valores de DHD observados y ubicado al sur de Montevideo sobre la faja costera, es lindero en sus límites terrestres con el CS CRAPS, que presentó el mayor promedio del indicador para el trienio; y una segunda situación en la cual los CS con los mayores valores promediados de DHD, CRAPS y Maroñas, que, si bien comparten límites territoriales, poseen dinámicas y características socioterritoriales que presentan escenarios no homogéneos tanto internamente como entre sí. Aspectos que introducen interrogantes y complejidad al fenómeno estudiado.

Figura 1 | DHD promedio según CS, período 2014-2016

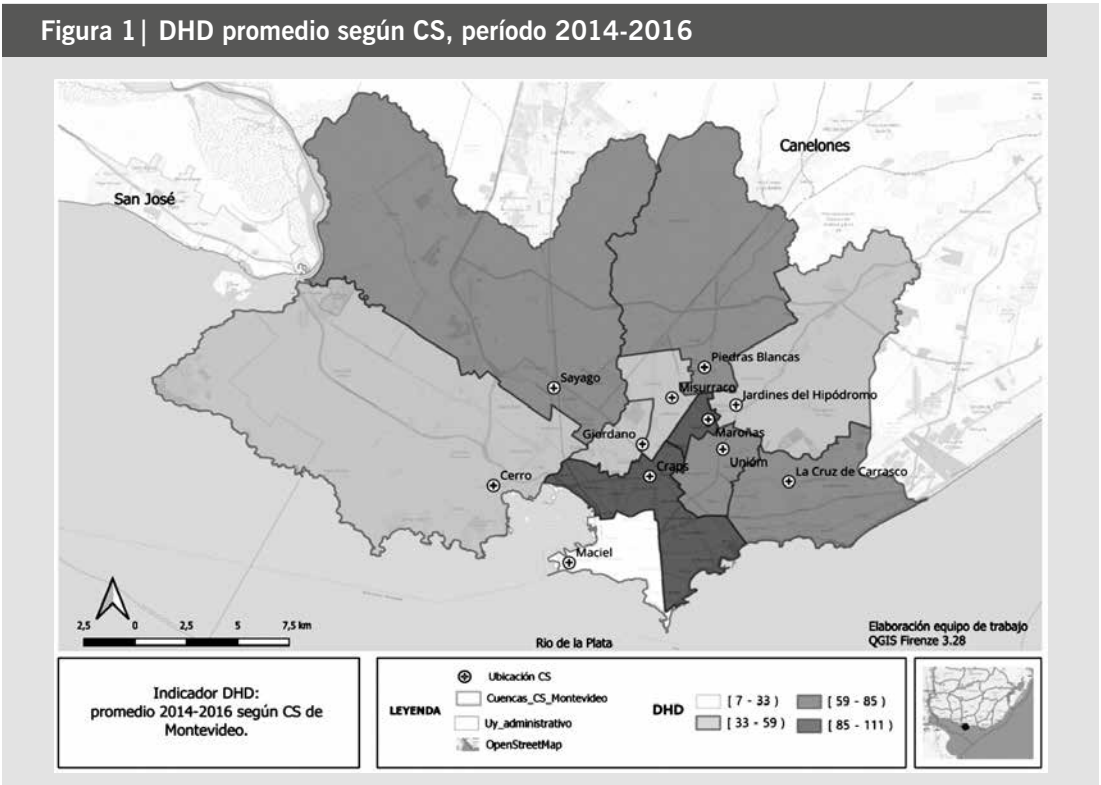


Tabla 2 | DHD según CS, período 2014-2016

Centro de salud	DHD 2014	DHD 2015	DHD 2016	DHD promedio trienio
Cerro	53,55	59,51	54,70	55,9
Ciudad Vieja	6,29	6,83	7,84	7,00
CRAPS	105,2	118,07	108,28	110,5
Giordano	39,10	42,68	49,85	43,9
Jardines del Hipódromo	45,36	51,03	49,62	48,7
La Cruz de Carrasco	64,26	75,35	68,49	69,4
Maroñas	96,93	120,40	100,31	105,9
Misurraco	49,73	53,03	38,10	47,0
Piedras Blancas	62,32	68,24	61,77	64,10
Sayago	62,11	66,64	69,57	66,1
Unión	59,94	76,11	68,82	68,3

DHD por principio activo

Sertralina fue el fármaco más utilizado, con un DHD superior al 50 % sobre el total de fármacos ATD y para cada CS, seguido por venlafaxina, fluvoxamina y fluoxetina; en tanto, pudo observarse que el escitalo-

pram, si bien con valores de DHD menores, presentó un aumento sostenido en el trienio considerado (tabla 3).

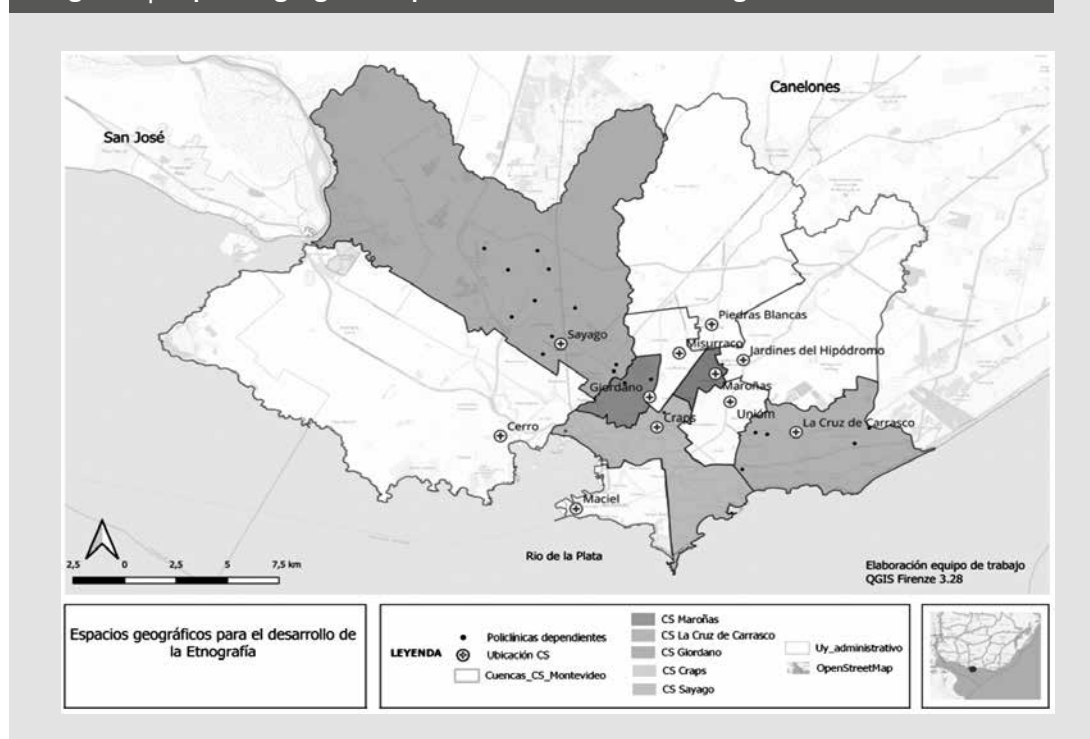
Al observar el porcentaje de DHD por especialidad médica, 70 % refirió a psiquiatría; el resto se distribuyó en la especialidad de medicina general, familiar y comunitaria.

Tabla 3 | DHD por principio activo, período 2014-2016

Abreviatura principio activo	Principio activo	DHD 2014	% 2014	DHD 2015	% 2015	DHD 2016	% 2016
Amit	Amitriptilina 25 mg	1,33	0,21	0,06	0,01	1,37	0,20
Bup	Bupropion 150 mg	0,03	0,01	0,06	0,01	0,08	0,01
Clom	Clomipramina 75 mg	1,11	0,17	1,20	0,16	1,36	0,20
Dulox	Duloxetina 60 mg			0,07	0,01	0,08	0,01
Escit	Escitalopram 20 mg	57,55	8,93	96,53	13,08	123,86	18,29
Fluo	Fluoxetina 20 mg	112,44	17,44	96,74	13,11	92,11	13,60
Fluvo	Fluvoxamina 100 mg	28,63	4,44	13,93	1,89	25,86	3,82
Mirta	Mirtazapina 30 mg			0,03	0,00	0,02	0,00
Parox	Paroxetina 20 mg	0,16	0,02	0,40	0,05	0,43	0,06
Sertr	Sertralina 50 mg	389,91	60,47	474,23	64,27	371,45	54,84
Venla	Venlafaxina 75 mg	53,58	8,31	54,64	7,41	60,74	8,97
		644,74	100	737,89	100	677,36	100

Resultados cualitativos

Figura 2 | Espacios geográficos para el desarrollo de la etnografía



La receta

El seguimiento de la trayectoria en territorio de la receta permitió observar paisajes de prescripción caracterizados por la presencia y circulación de ATD en combinación con otros psicofármacos. Es decir, la presencia de ASSE en el departamento contribuyó en la generación de paisajes psicotrópicos, siendo los ATD un objeto cultural utilizado, comprendido y significado siempre en relación con otros fármacos. Puesto que el paisaje permite ver cómo se manifiesta en territorio una determinada geografía,²⁸ el paisaje psicotrópico es la representación de un cierto tipo de geografía de prescripción de psicofármacos, evidenciado en este caso en la fase cuantitativa del estudio a través del gradiente de consumo de ATD determinado en alto, medio alto, medio bajo y bajo. Específicamente, los cinco espacios seleccionados para la etnografía compartieron características definitorias de

sus paisajes psicotrópicos: la existencia de una red eficiente de distribución de medicamentos y un consumo de ATD sostenido con una importante presencia en territorio de la sertralina, que encuentra en las mujeres el grupo de mayor consumo y que se acopla al mapeo social que profesionales y usuarios realizan en los distintos territorios. Por otra parte, las diferencias existentes entre los espacios seleccionados se dieron (y lo hacen) por el rol diferenciador que juegan los ECSM en el modelado de dichos paisajes, en donde su presencia o ausencia en territorio genera distintos niveles de consumo de ATD (tabla 4).

Una red eficiente de distribución

Cada CS es referente y organizador de los servicios de atención dentro de su área territorial de influencia. De este dependen las PB y ECSM distribuidos geográficamente. Además,

Tabla 4 | Categorías relevantes desde lo cuanti-cualitativo

Categoría	Cuantitativos	Cualitativo
	Usuarios de CS a partir de registros proporcionados por la RAP sobre población prescrita con ATD en el período, mayor a 14 años.	Argumento principal de la etnografía: seguimiento de la receta entendida como objeto cultural clave.
Medicación	Consumo aumentado a expensas de los ISRS.	Los ISRS dominan el campo de significación de lo que se entiende por un ATD.
Demografía	Mayor uso en sexo femenino. Edad promedio en mujeres próxima a 57 años y en hombres en torno a los 54 años. Los CS Ciudad Vieja y Giordano presentaron las mayores edades promedio.	Las mujeres dominan las observaciones y las narraciones: son las que pueblan los servicios de salud, pero también las que funcionarios y profesionales asocian al consumo de ATD. Esto se liga a estereotipos de género.
Territorio	Consumos diferenciados según áreas asistenciales de los CS. Fidelidad de usuarios al centro.	Mapeo por usuarios y funcionarios en territorios asistenciales demarcados por ASSE según niveles de consumo de ATD y características sociales que explican ese consumo.
Principales prescriptores	Los ECSM son la base prescriptora mayor en aquellos espacios territoriales en que se sitúan.	El ECSM sostiene el consumo de ATD como gran prescriptor. La «pauta de crónico» impulsa el consumo a largo plazo.

cada CS cuenta con una farmacia dispensadora de medicamentos. Usuarios que poseen recetas necesarias retiran gratuitamente los ATD independientemente del CS, PB o ECSM en que la hayan conseguido. Estas farmacias, con su ubicación a lo largo y ancho de Montevideo, impulsan la circulación de ATD, pero también la circulación de personas en la ciudad.

Como indican los datos cuantitativos, gran parte de la población asistida recibe su prescripción de ATD y retira el medicamento en el CS de referencia (más del 80 %), centro administrativamente asignado según la proximidad al domicilio del usuario. Esto hace que los usuarios establezcan una relación de cercanía espacial con el lugar de dispensación, pero también de cercanía afectiva, hecho constatado en las observaciones realizadas

a través de los diálogos entre los usuarios y trabajadores de la salud. Por ejemplo, la forma de los saludos dejaba entrever confianza y conocimiento mutuo (uso de nombres de pila entre usuarios y trabajadores), así como intercambio de bromas o preguntas sobre familiares cercanos. De algún modo, la fidelidad al CS también supone la fidelidad al médico y a la farmacia del centro para el retiro de los ATD.

Sin embargo, el acceso a los medicamentos fomenta el tránsito de usuarios de un lugar a otro para poder hacerse con la medicación, y la accesibilidad al medicamento se convierte en un vector de circulación de usuarios de un CS a otro. Esto pudo identificarse en testimonios de funcionarias de farmacia que atribuían los flujos de usuarios desde y hacia otras zonas a

la amplitud de horarios de atención de algunas farmacias (algunas de estas explicaciones no se ajustaban en verdad a los horarios reales). Además, se realizó la observación directa de actos de dispensación de medicamentos en los que la funcionaria de farmacia, basada en la información del sistema informático, indicaba al usuario que para conseguir tal remedio debía dirigirse a determinado CS. Los relatos de usuarios también ilustraron esta dinámica. Una usuaria retira ATD en un centro distinto al que le emitió la receta: «mujer mayor, de 70 años aproximadamente, retira muchos medicamentos, entre ellos, sertralina. Me acerco a ella por fuera de la ventanilla y me dice que la sertralina le es recetada por psiquiatra en el CS X, pero que el Dr. B. (Medicina General) conoce a las médicas y le hace la repetición acá». (Diario de campo, 24 de octubre de 2018, espacio de bajo consumo). En verdad, la red de farmacias de ASSE constituye un distribuidor eficiente de medicamentos que asegura la presencia del ATD en territorio y orienta la circulación de usuarios en función de esto. Es decir, si bien la red de farmacias supone acercar el medicamento al usuario y que el medicamento esté en donde está el usuario, muchas veces se observó lo contrario: donde estaba el medicamento era donde estaba el usuario. Esto fue particularmente notorio durante el período de reformas edilicias por la implementación del programa «Farmacia amigable» que afectó a farmacias de varios CS. Algunas de estas farmacias estuvieron cerradas, lo cual supuso el éxodo de los usuarios hacia otros CS en búsqueda de medicamentos.

Algunos profesionales de la salud identifican consecuencias sociales negativas de la descentralización territorial de servicios y por ende, de medicamentos. Una médica general de uno de los espacios con altos valores de DHD describe lo que llama un proceso de «guetización» en estos términos: «Antes las personas tenían que ir al centro a hacer un trámite, o ir al Clínicas a ver especialista, y ahora tienen todo en su barrio; entonces las personas actualmente no se mueven más de

unas cuadras para hacer todo lo que antes implicaba distancia y tomarse un ómnibus. Las personas jóvenes no saben dónde queda la calle 18 de Julio [esto lo dice con asombro y con rabia]; es inconcebible que no puedan pensar en el Centro de Montevideo como lugar, aunque vayan poco o no sepan qué ómnibus los lleva hasta ahí, y eso es un ejemplo. Hay grupos enteros de personas que casi no han salido del barrio y que no conocen otras realidades, desde cómo hablan o cómo se visten las personas en otros lugares. Esto no ayuda a componer ciudadanía; los jóvenes sobre todo no tienen ideas nuevas sobre formas de vivir, porque no las ven. Esto es un efecto de las políticas públicas de gobiernos que han ayudado mucho a mucha gente, pero que también las han aislado socialmente». (Entrevista a médica general, 26 de febrero de 2019, espacio de alto consumo).

Por otra parte, la presencia de los ATD en territorio se actualiza a través de los actos de dispensación que tienen lugar en las farmacias, bajo un número de condiciones propuestas por ASSE (por nombrar algunos, uso de la llamada «receta azul» para medicamentos controlados, presentación del documento de identidad por parte del usuario), y que una vez asumidas por los usuarios y funcionarios de farmacia *rutinizan*. Esto hace que los eventos disruptivos de estas rutinas sean reveladores de las tensiones que surgen ante la prescripción, dispensación y consumo de ATD. Por ejemplo, usuarios que se quejan por no poder acceder al medicamento por razones administrativas y que muestran su enojo; ocasiones en que procedimientos habituales de dispensación en farmacia se ven alterados, realizándose excepciones a las reglas; usuarios que ponen en duda la pertinencia de la prescripción y dispensación o situaciones problemáticas en torno a recetas incompletas, entre otros eventos disruptivos. En estos momentos de tensión se revela la significación asociada al ATD como sustancia que puede ser al mismo tiempo beneficiosa o perjudicial para el usuario y que amerita un uso controlado no solo por el médico sino también por los

funcionarios de farmacia. En la siguiente escena, en la que una usuaria cuestiona la veracidad o exactitud de lo que la receta dice, se manifiesta la importancia de la receta en su papel de garante de una comunicación no ambigua entre el médico y el farmacéutico:²⁹ «Mujer de unos 50 años viene con receta de Dumirox (fluvoxamina) y lorazepam. La mujer dice que le cambiaron el ATD por este nuevo, la fluvoxamina. La funcionaria se fija en la computadora y le dice que ese medicamento no se lo cambiaron, que según el registro es el que ella viene tomando, que leyó mal la receta. La mujer dice que para ella se lo cambiaron, que no leyó mal, “me dieron fluoxetina”. La funcionaria de ventanilla le entrega los medicamentos según lo indicado en la receta.

Le aclara a la señora que el próximo retiro es el 29 de junio. Cuando la mujer se va, la funcionaria comenta que la receta decía Dumirox (fluvoxamina). Comenta además que era muy raro que la señora no supiera bien qué ATD tomaba, que no es común que los usuarios se confundan con eso. Dice, “eso es raro”». (Diario de campo, 7 de junio de 2018, zona de consumo medio). El rol de comunicador no ambivalente de la receta se pone en duda, pues mientras que la usuaria afirma que es un medicamento nuevo, la funcionaria lo niega, basándose en el registro de retiros que posee en el sistema informático. Entran en contradicción el saber del usuario acerca de lo que consume y el saber administrativo (tabla 5).

Tabla 5 | Categorías, datos cualitativos y fragmentos de notas de campo ilustrativas

Categoría	Dato cualitativo	Nota ilustrativa
Medicación	Los ISRS dominan el campo de significación de lo que se entiende por un ATD. Narrativas centradas en la sertralina.	Señora de 70 años de edad en sala de espera. Cuenta que consume sertralina desde el fallecimiento de su hija hace cerca de 7 años. Dice que después de que empezó a tomarla entendió por qué le decían la «pastilla de la felicidad». (Diario de campo, 24 abril 2018, zona bajo consumo).
Demografía	Feminización del consumo de ATD se liga a estereotipos de género y explicaciones sobre lo que implica ser mujer.	«Es una población que está descubierta, son mediana edad, más pasivas aún de lo común, tienen una formación pasiva las mujeres, aunque sean las proveedoras del hogar. Mujeres de 40 en adelante [...]. A pesar de la medicación continúa el estilo de vida, la frustración, el trastorno depresivo remite automáticamente sin medicación, en 6 meses puede ir sin medicación. Pero es como la bronquitis, terminan tomando ATD, estadísticamente el tratamiento sigue». (Diálogo con médica psiquiatra, 21 de marzo de 2018, zona de alto consumo).
Territorio	Los usuarios y funcionarios de salud realizan un mapeo social que une territorio, ATD y personas, lo cual lleva implícita una cierta distancia social entre los funcionarios y profesionales de la salud y los usuarios.	«Hay uno preso y viene la novia que lo conoció yendo a visitar a su hermano a la cárcel, no estamos como Casavalle [barrio de Montevideo con altos niveles de pobreza y conflictividad], pero estuvimos así», lo que hace necesario que «acá a los pacientes hay que orientarlos». (Diálogo con médico general, 15 de marzo de 2018, zona de consumo medio).
Principales prescriptores	El ECSM sostiene el consumo de ATD como gran prescriptor. La «pauta de crónico» impulsa el consumo a largo plazo.	Según algunos funcionarios de farmacia, la mayoría de pautas de crónico son de Salud Mental, lo que indicaría que «no estamos en una sociedad sana, estamos todos como zombies, porque no es ni uno ni dos, son todos levantando pautas de crónicos». (Auxiliar de farmacia, 14 de mayo de 2018, zona de alto consumo).

Discusión

Uno de los aspectos que estuvo en diálogo en la presente investigación refería sobre la transición de fases desde lo cuantitativo a lo cualitativo y las posibilidades de integración de lo geográfico con las dimensiones socio-técnicas implicadas. Era esencial visualizar territorialmente el aspecto cuantitativo antes de realizar la instancia etnográfica. Contar con dicha información hasta 2016, dejando un año de espacio entre ambas fases, no fue visualizado como un impedimento para que ambas instancias pudieran ser enlazadas. El hecho de que entre 2014 y 2016 la dimensión cuantitativa no presentara «saltos cualitativos» y se dejara ver semejantemente de un año a otro, configuró un escenario favorable para realizar dicha transición metodológica en la investigación y asumir con fiabilidad el mencionado trienio como insumo para dar paso a la instancia etnográfica para luego integrar las mencionadas dimensiones implicadas.

Indicador de consumo DHD: luces y sombras de su representación espacial

Como señala Guimaraes, «dado que el espacio geográfico es producido por la sociedad, su representación geométrica en los mapas no siempre es suficiente para captar las relaciones sociales que lo generaron». ¹⁹ En el presente trabajo, CRAPS y Maroñas, que comparten límites territoriales de sus áreas asistenciales, si bien presentaron los mayores valores promedio de DHD para el trienio, y muy similares, presentan escenarios socioterritoriales y asistenciales diferentes. La construcción y representación cartográfica del indicador no permiten iluminar estas disparidades o heterogeneidades socioespaciales existentes en el interior de cada espacio asistencial considerado, o entre ellos, al ser su valor homogeneizado sobre cada unidad espacial. En ese sentido, debemos considerar la in-visibilidad que Dummer señala, en tanto que «el contexto geográfico de los lugares y

la conexión entre lugares juegan un papel importante en la conformación de riesgos y efectos sobre nuestra salud», ³⁰ en donde cada combinación de eventos en un momento dado crea un fenómeno unitario que resulta en la singularidad de cada lugar, ¹⁴ situaciones difíciles de percibir en expresiones geográficas como la realizada en el presente trabajo. Pero no solo es un tema de representación y posibilidades de visualizar hechos sociales, en este caso sanitarios.

Diversas políticas y estrategias sanitarias se orientan hoy desde modelos geosanitarios a partir de zonificaciones o áreas asistenciales, como las establecidas por ASSE para los CS de Montevideo u otras regionalizaciones. En ese sentido, como señala Olivera, «el espacio juega un papel fundamental como estructurante en la aplicación de políticas de salud y en la búsqueda de equidad, por esto es un aspecto clave en la planificación sanitaria». ³¹ Aspectos como la demanda de atención, accesibilidad y distribución de recursos se hallan al pie de aquellas decisiones, o deberían. Pero cuando series temporales de información sanitaria no logran ser la voz de las singularidades sociosanitarias materializadas espacialmente, la asignación de recursos puede estar propiciando escenarios intermitentes e inequitativos no solo desde lo asistencial. De ahí la necesidad de integrar propuestas disciplinares y metodológicas que configuren y construyan diagnósticos que superen las dinámicas generales e incorporen las locales, considerando *esas* rugosidades provenientes de acciones y cotidianidades de personas o grupos sociales y que desde la homogeneización geoasistencial o cartográfica suelen diluirse o quedar perdidas en el agregado de información. Y también podría ser considerado según lo observado en los CS Ciudad Vieja y CRAPS, que, si bien comparten límites de sus áreas asistenciales, presentaron valores antagónicos del indicador. Una mirada superadora respecto de los niveles alto, medio alto, medio bajo y bajo de consumo de ATD observados no solo sería necesaria, sino que creemos que debiera transcurrir hacia un

análisis fármaco-terapéutico y cultural para comprender el fenómeno en su conjunto, por lo menos en cuatro aspectos: predominio de los ISRS a partir de la sertralina, el consumo feminizado, los principales prescriptores y las ya mencionadas diferencias territoriales.

¿Paisajes de sertralina?

Como señala Oldani,⁹ las geografías de prescripción se manifiestan en paisajes de prescripción variables que pueden estar dominados por un fármaco en particular o estar caracterizados por la polifarmacia. La fase cuantitativa de este estudio determinó que los niveles de consumo de ATD se sostienen principalmente sobre la prescripción de ISRS, siguiendo la tendencia internacional. En concordancia, las observaciones realizadas y las narrativas recogidas en el trabajo etnográfico muestran que los ISRS dominan el campo de significación de lo que se entiende por un ATD. Es decir, cuando se observa y habla en territorio sobre ATD se está observando o hablando de ISRS. También en concordancia con dicha fase cuantitativa, es la sertralina el ATD con mayor presencia. En las observaciones de dispensación de medicamentos realizadas en las farmacias, la sertralina suele ser dispensada en conjunto con otros psicofármacos y medicamentos. De una u otra manera, todos los ATD ISRS son parte de una polifarmacia que puede tomar distintas formas y expresarse en paisajes singulares. Es también en relación con otros psicofármacos que se construyen los significados asociados a la sertralina. Los trabajadores de la salud (médicos, funcionarios de farmacia) caracterizan la sertralina como el ATD más consumido y suele aparecer como el ejemplo principal de las prácticas realizadas por los trabajadores en relación con los ATD. Por lo tanto, ¿sería posible pensar que estamos ante paisajes de sertralina? Es decir, ¿territorios y lugares distinguidos y moldeados por la presencia masiva de este psicofármaco? Los médicos generales y psiquiatras despliegan argumentos técnicos para explicar la predominancia de la sertralina que se traducen en estrategias o

hábitos de prescripción concretos. La sertralina también domina los relatos y experiencias de usuarios con ATD, quienes pueden establecer sus propias trayectorias farmacológicas con respecto a los ATD y valorar los efectos de la sertralina en tanto tal o en relación con otros psicofármacos. Varios relatos encuentran en este ATD el inicio de una cadena de consumo de psicofármacos. La sertralina emerge entonces como un punto de pasaje en las trayectorias psicofarmacológicas de los usuarios en tanto viene a sustituir algún ATD que no fue exitoso o ella misma es sustituida por otro ATD del que se esperan mejores resultados terapéuticos. Las valoraciones de los usuarios sobre la sertralina son también paradójicas, en la medida en que para algunos resulta un medicamento beneficioso mientras que para otros sus efectos no se perciben o son decididamente negativos.

Se constituye así lo que algunos investigadores sociales, como Martín³² y Ballantyne *et al.*,³³ han denominado *persona farmacéutica*, un sujeto capaz de tomar activamente decisiones con base en motivaciones y valoraciones asociadas a los fármacos, dotadas de gran ambivalencia en cuanto a los beneficios y riesgos que su consumo supone. Según Jenkins,³⁴ estos imaginarios ligados a los fármacos redundan en la emergencia de sujetos farmacológicamente orientados no solo en sus acciones, sino también en la idea que poseen de sí mismos. Ahora bien, la ambivalencia que rodea al fármaco facilita que el consumo de ATD sea percibido como problemático y alto de diferentes formas según el rol del sujeto. Los médicos suelen explicar el alto consumo citando las resistencias que presentan los pacientes para abandonar los ATD o argumentando que deben lidiar con la presión de los usuarios que piden medicamentos. A su vez, explicaciones de corte social (situaciones de violencia, dificultades económicas) están presentes en los cinco espacios y lugares en donde se desarrolló el trabajo de campo, lo que le otorga a los actos de prescripción y consumo de ATD un sustento extratécnico que ha sido ya observado en la región, como

en el estudio de Andrew Lakoff³⁵ sobre el uso de ATD durante la crisis económica argentina del 2001 y en nuestro país, en un estudio sobre el uso de benzodiazepinas en el que la flexibilidad en torno a las funciones de estos psicofármacos admite usos en situaciones de vulnerabilidad social.³⁶

Consumos feminizados

Las mujeres como consumidoras dominan las observaciones y las narraciones: son las que pueblan los servicios de salud, y también a quienes funcionarios y profesionales de la salud asocian al consumo de ATD. De sus dichos es posible deducir el «consumidor típico» como una mujer entre los 40 y 60 años, lo que coincide con los datos demográficos arrojados en la fase cuantitativa del estudio. Posiblemente, la feminización del consumo de ATD se liga con algunos estereotipos de género y explicaciones sobre lo que implica ser mujer; y se presenta como la consecuencia lógica de las expectativas sociales en torno a la figura de las mujeres y como un hecho sin mayores posibilidades de cambio en el que la asociación mujer, depresión y ATD parecería indisoluble. En todos los espacios y lugares estudiados se dibuja una relación de continuidad entre consultas feminizadas, consumo de ATD feminizado y roles de género. Los consumos feminizados de ATD percibidos y enfatizados en el territorio por profesionales y trabajadores de la salud paradójicamente, como ha señalado la crítica feminista, hacen visible la condición femenina como causa, pero eluden y ocultan sus conexiones con una cultura androcéntrica, invisibiliza la heterogeneidad de las experiencias vividas por las mujeres y refuerza la dicotomía entre varones y mujeres.³⁷ Todo esto sin desentrañar cómo juegan las lógicas de género en los actos y dinámicas de los servicios de salud.

Consumos territoriales diferenciales

Los consumos diferenciales identificados en la fase cuantitativa de la investigación tuvieron su correlato en la percepción de los trabajadores de la salud y usuarios respecto a los niveles diferenciales de consumo de ATD según áreas asistenciales de los CS, posibilitando un mapeo que emerge desde las narrativas.

Los trabajadores de la salud explican el alto consumo en territorios específicos con argumentos de tipo social. Este mapeo social que une *territorio, ATD y personas* lleva implícita una cierta distancia social entre funcionarios y profesionales de la salud y los usuarios. La distancia social, entendida como las relaciones de proximidad o lejanía percibidas por un grupo social respecto a otro, emerge en los relatos que invocan problemáticas de tipo social, económico y familiar para dar cuenta de la diferencia entre los funcionarios y los sujetos que se atienden en los CS; y en relatos que reconocen una segregación socioespacial favorecida por la presencia en territorio de los servicios de salud. Lo que se asemeja a la definición que podemos encontrar en Farfan T. sobre segregación espacial, en cuanto «grado en el que dos o más grupos sociales viven de manera separada, en partes distintas del espacio urbano».³⁸ Así, los funcionarios y profesionales de la salud suelen identificar espacios de la ciudad con más violencia social y pobreza en conjunción con el mayor consumo de ATD.

El conflicto social instalado en cada lugar también es percibido como variable en sí mismo. La lógica que sostendría el alto consumo sería, entonces, una que construye argumentos donde los ATD juegan su papel en un territorio violento, buscando paliar los efectos de la violencia del barrio en cada sujeto que los ingiere. El ATD se constituye así en un objeto cultural que media socialmente entre grupos sociales que se perciben a sí mismos como alejados uno del otro. Resulta, en última instancia, la respuesta que un grupo social puede darle al otro para trascender las desigualdades que los separan, ya sean desigualdades económicas o desigualdades en

el acceso a las terapéuticas disponibles para el padecimiento psíquico. Por su parte, los usuarios territorializan su acceso a los servicios de salud también en virtud de su percepción de «esos espacios» como peligrosos o menos peligrosos, y este mapeo realizado con base en la percepción de peligrosidad de lugares (como expresiones puntuales del territorio) se acopla a la accesibilidad a los medicamentos como vector de la in-movilidad de los usuarios de un CS a otro.

Principales prescriptores

Según Oldani,⁹ la presencia de un profesional gran prescriptor suele ser el rasgo definitorio de un paisaje psicotrópico; sin embargo, el trabajo de campo realizado en la presente investigación permitió identificar en los territorios y lugares estudiados que es el ECSM el que hace las veces de «gran prescriptor», lo que se corresponde con que en cuatro de los cinco espacios en los cuales se desarrolló la etnografía eran los ECSM responsables de la mayoría de las prescripciones de ATD. En cambio, el territorio en que no había ECSM registró un bajo consumo de ATD. Estos resultados convergen con las percepciones de los funcionarios de farmacia en dichos espacios y lugares. En cierta medida, los funcionarios explican los niveles de consumo de ATD y psicofármacos a partir de las prácticas de médicos psiquiatras presentes en esos ECSM y sobre todo por la existencia de la «pauta de crónico». La «pauta de crónico» es un procedimiento administrativo particular para la prescripción de medicación por un lapso de tiempo de entre treinta y noventa días, durante el cual los usuarios pueden retirar el medicamento de la farmacia sin necesidad de volver a consultar al médico para renovar la receta. La «pauta de crónico» juega un papel sustancial al impulsar el consumo de ATD a largo plazo y para algunos fomenta el consumo extendido de psicofármacos. Las prácticas de prescripción son descritas especialmente por los trabajadores de las farmacias, quienes,

al recepcionar las recetas, pueden hacerse una idea de los hábitos de los médicos y de lo que esto implica para el CS en el que están trabajando.

Conclusiones

– La investigación realizada muestra la potencialidad de integrar la perspectiva geográfica en sus aportes para la comprensión del fenómeno prescripción y consumo de psicofármacos, en este caso ATD y referido a espacios urbanos. Los paisajes psicotrópicos identificados ponen de manifiesto dinámicas, prácticas relativamente estables y acontecimientos circunstanciales que sostienen y a su vez son promovidos por la presencia en territorio del ATD.

– El abordaje integrador propuesto permitió comprender al ATD como un *objeto cultural aglutinante* de múltiples situaciones sociosanitarias que giran a su alrededor, actuando como zurcidor de relaciones entre grupos sociales diversos, como forma de distinción y reconocimiento de los diferentes espacios de la ciudad, a la vez que se entreteje con problemáticas socioeconómicas y padecimientos psíquicos. En definitiva, emerge como una respuesta homogeneizante no solo de las diversas problemáticas instaladas en diversos contextos socioterritoriales, sino también de la ciudad en su conjunto en cuanto espacio cohesionado en torno a su presencia. Pero, paradójicamente, este objeto cultural llevado por el sistema de salud a los distintos lugares y territorios de la ciudad estaría reforzando una especie de segregación socioespacial sobre ciertos sectores poblacionales que ocasionalmente se movilizarían más allá de los espacios habitados cotidianamente. Si bien es reconocida la necesidad de que toda persona pueda acceder al sistema sanitario, y que en nuestro país el sistema sigue realizando esfuerzos para reducir vacíos asistenciales, no menos cierto es que la presente investigación iluminó tal vez un aspecto que nuevos estudios aborden para construir nuevas respuestas a

lo evidenciado, esa impensada in-movilidad de quienes, si bien acceden al sistema de salud, dejan entrever que sus posibilidades de experiencias espaciales más allá de sus lugares diarios están restringidas. En suma, en los paisajes psicotrópicos observados la prescripción y consumo de ATD, padecimientos y cuadros clínicos se funden con realidades sociosanitarias densas que ponen de manifiesto una complejidad que requiere y exige ser profundizada en sus miradas y definiciones, motivo suficiente para un abordaje sociotécnico e integrador de sus múltiples aristas.

– No obstante, si bien la integración de saberes y estrategias metodológicas empleadas se constituyó como una fortaleza en la visualización, descripción y comprensión de la problemática abordada, las limitantes implicadas y mencionadas sobre la representación espacial del indicador de consumo DHD, sugiere y propone un importante desafío conceptual y metodológico a desarrollar en el futuro en temáticas que integren unidades espaciales de análisis, en este caso sanitarias. En ese sentido, describir la generalidad de un fenómeno y recuperar su singularidad puede contribuir como en el presente estudio en una lectura del hecho en sí con menores vacíos y discontinuidades a la hora de ser descrito, explicado e interpretado.

– Asimismo, paisaje, territorio y lugar como entidades geográficas de expresión, desde su naturaleza y connotación cuanti-cualitativa, constituyen otro escenario a profundizar, tanto en sus bases conceptuales como aplicadas en pos de su integral aprovechamiento en la construcción de conocimiento sobre un problema tan actual como relevante: el consumo de psicofármacos.

Referencias bibliográficas

1. **Morkem R, Barber D, Williamson T, Patten SB.** A Canadian primary care sentinel surveillance network study evaluating antidepressant prescribing in Canada from 2006 to 2012.

- Can J Psychiatry. 2015;60(12):564-70. doi: 10.1177/070674371506001207
2. **Ilyas S, Moncrieff J.** Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. Br J Psychiatry. 2012;200(5):393-8. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104257
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos antidepressivos en España durante el periodo 2000-2013. [Internet]. Madrid: AEMPS; 2015; 4 pp. [Consulta: jul. 2023]. Disponible en: www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepressivos-2000-2013.pdf
4. **Wren J, Wright C, Lindberg K.** Patterns of antidepressant drug prescribing and intentional self-harm outcomes in New Zealand: An ecological study. [Internet] Wellington: Ministry of Health; 2007, 42 pp. [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: https://ndhadeliver.natlib.govt.nz/delivery/DeliveryManagerServlet?dps_pid=IE969442
5. **Jirón M, Machado M, Ruiz I.** Consumo de antidepressivos en Chile entre 1992 y 2004. Rev Med Chile. 2008;136(9):1147-54. doi: 10.4067/S0034-98872008000900009
6. **Teixeira V, Imbriago Y, Sarries S.** Utilización de antidepressivos en pacientes ambulatorios del Hospital Policial. Rev Psiquiatr Urug. 2015;79(1):39-48. [Consulta: jul. 2023]. Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/04_TO.pdf
7. **Pagano E, Domínguez V, Speranza N, Barboza L, Tamosiunas G.** Evaluación del consumo en antidepressivos en la población uruguaya entre 2010 y 2014. Rev Méd. Urug. 2021;37(3):e37304. doi: 10.29193/RMU.37.3.3
8. Junta Nacional de Drogas. VII encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general: informe de investigación [Internet]. Montevideo: Junta Nacional de Drogas; 2019, 147 pp. [Consulta: jul. 2023]. Disponible en: www.gub.uy/

24. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo una lectura territorial para la organización de los servicios de salud de ASSE: acuerdo “Fortalecimiento de la Regionalización de ASSE” [Internet]. [Montevideo]: OPS; 2020, 164 pp. [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: www.paho.org/es/documentos/construyendo-lectura-territorial-para-organizacion-servicios-salud-asse
25. Organización Mundial de la Salud. Integrar la salud en la planificación urbana y territorial: manual de consulta. [Internet]. [Ginebra]: OMS; 2021, 105 pp. [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/06/21116_spanish_integrating_health_in_urban_and_territorial_planning.pdf
26. Araujo PJ. Manual introductorio al uso del programa PSPP para el análisis de datos. Biblioteca Lascasas. 2014;10(2):66 pp. [Consulta: feb. 2024]. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0773.pdf
27. Marcus GE. Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annu Rev Anthropol.* 1995;24:95-117. doi: 10.1146/annurev.an.24.100195.000523
28. Ortega Cantero N. El lugar del paisaje en la geografía moderna. *Estud Geogr.* 2010;71(269):367-93. doi: 10.3989/est-geogr.201012
29. Greene JA, Watkins ES. The prescription in perspective. En: Greene JA, Watkins ES, eds. *Prescribed: Writing, Filling, Using, and Abusing Prescriptions in Modern America*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2012, pp. 1-22.
30. Dummer TJ, Dickinson HO, Parker L. Adverse pregnancy outcomes near landfill sites in Cumbria, northwest England, 1950-1993. *Arch Environ Health.* 2003;58(11):692-8. doi: 10.3200/AEOH.58.11.692-698
31. Olivera, A. Geografía de los equipamientos y servicios de salud. En: Olivera, A. *Geografía de la Salud*. Madrid: Síntesis; 1993, pp. 93-134.
32. Martin E. The pharmaceutical person. *BioSocieties.* 2006;1(3):273-87. doi: 10.1017/S1745855206003012
33. Ballantyne PJ, Mirza RM, Austin Z, Boon HS, Fisher JE. Becoming old as a ‘pharmaceutical person’: negotiation of health and medicines among ethnoculturally diverse older adults. *Can J Aging.* 2011;30(2):169-84. doi: 10.1017/S0714980811000110
34. Jenkins JH. Psychopharmaceutical self and imaginary in the social field of psychiatric treatment. En: Jenkins JH, ed. *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. Santa Fe: School for Advanced Research Press; 2011, pp. 17-40
35. Lakoff A. The anxieties of globalization: antidepressant sales and economic crisis in Argentina. *Soc Stud Sci.* 2004;34(2):247-69. doi: 10.1177/0306312704042624
36. Bielli A, Bacci P, Bruno G, Calisto N, Navarro S. Ansiedad y vida cotidiana como blancos farmacológicos en Uruguay 2013-2015. *Rev Psicol. Soc.* 2019;31:e176766 [Consulta: ago. 2023]. Disponible en: www.scielo.br/j/psoc/a/GgrZXfMvKgRH58Gygk9qCdD/?format=pdf&lang=es
37. Campbell ND, Herzberg D. Gender and critical drug studies: an introduction and an invitation. *Contemp Drug Probl.* 2017;44(4):251-64. doi: 10.1177/0091450917738075
38. Farfán Tocarruncho WY. Aproximación conceptual de la segregación socio espacial y residencial en ciudades intermedias en América Latina. *Rev Bol REDIPE.* 2020;9(8):96-115. [Consulta: jul. 2023]. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1044>