



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Vázquez, Andrea; Stolkiner, Alicia
PROCESOS DE ESTIGMA Y EXCLUSIÓN EN SALUD. ARTICULACIONES ENTRE
ESTIGMATIZACIÓN, DERECHOS CIUDADANOS, USO DE DROGAS Y
DROGADEPENDENCIA
Anuario de Investigaciones, vol. XVI, 2009, pp. 295-303
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945027>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PROCESOS DE ESTIGMA Y EXCLUSIÓN EN SALUD. ARTICULACIONES ENTRE ESTIGMATIZACIÓN, DERECHOS CIUDADANOS, USO DE DROGAS Y DROGADEPENDENCIA

PROCESSES OF STIGMA AND EXCLUSION IN HEALTH. JOINTS BETWEEN
STIGMATIZATION, CIVIL RIGHTS, USE OF DRUGS AND DEPENDENCE OF DRUGS

Vázquez, Andrea¹; Stolkiner, Alicia²

RESUMEN

El objetivo del trabajo es establecer articulaciones entre la estigmatización, los derechos ciudadanos, el uso de drogas y la drogadependencia, como un caso particular de exclusión en salud.

La estigmatización produce grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negárseles el cumplimiento de derechos tales como el derecho a la salud. Uno de estos grupos, lo configuran los usuarios de drogas y los drogadependientes.

Es relevante estudiar los procesos de estigma como barrera de accesibilidad a la atención en salud, para identificar componentes que disminuyan dicha exclusión (OPS/OMS, 2005).

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

Palabras clave:

Estigmatización - Exclusión en salud - Uso de drogas - Drogadependencia - Derechos

ABSTRACT

The aim of the work is to establish joints between the stigmatization, the civil rights, drugs use and dependence of drug, as a particular case of exclusion in health.

The stigmatization produces groups of persons who have problems for the exercise of citizenship. These persons are refused in the fulfillment of rights such as the right to the health. One of these groups, it is formed by the users of drugs and the dependents of drugs.

It's relevant to study the processes of stigma as accessibility barrier to the attention in health, to identify components that diminish the above mentioned exclusion. (OPS/OMS,2005). The reduction of the stigmatization and the discrimination of the use of drugs and dependence of drug, it's fundamental for the elaboration of policies of incorporation from logic of respect for the human rights.

Key words:

Stigmatization - Exclusion in health - Drugs use - Dependence of drug - Rights

¹ Vázquez, Andrea; Magíster en la Problemática del Uso Indebido de Drogas. Universidad de Buenos Aires. Becaria de Doctorado. Proyecto UBACyT P040. Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra Salud Pública/Salud Mental II. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. E-mail: avazquez@psi.uba.ar

² Stolkiner, Alicia; Diplomada en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires. Directora Proyecto UBACyT P040. Programación 2008-2010. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Profesora Titular de la Cátedra de Salud Pública/Salud Mental II. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. E-mail: stolkin@psi.uba.ar

INTRODUCCIÓN

El presente artículo, constituye un avance en la construcción de las categorías teóricas de la tesis doctoral de una de las autoras, que se encuentra en la primera fase. Dicho proyecto cuenta para su desarrollo, con una beca de investigación¹ y se enmarca en el Proyecto "Accesibilidad y dignidad en la atención en Servicios de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense en el período 2002-2010: Subjetividad, representaciones de derechos y Sistemas de atención" (UBACYT P 040)².

El proyecto de tesis retoma, para su profundización y actualización, conceptos desarrollados en un estudio anterior³ en el que indagamos representaciones y prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la salud y su relación con la accesibilidad de drogadependientes a los servicios de salud (Vázquez, 2006).

El objetivo del trabajo es establecer articulaciones entre la estigmatización, los derechos ciudadanos, el uso de drogas y la drogadependencia, como un caso particular de exclusión en salud. Para ello, se realiza una revisión bibliográfica y documental.

El problema del estigma y la discriminación, constituye un desafío para la investigación sobre exclusión en salud. La estigmatización produce grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negárseles el cumplimiento de derechos tales como el derecho a la salud.

La relevancia de estudiar los procesos de estigmatización, se basa en la necesidad de identificar componentes que disminuyan la exclusión desde una lógica de *protección social en salud* (OPS/OMS, 2005, p.2).

El trabajo se organiza en dos partes. En la primera parte, se presentan un conjunto de conceptualizaciones sobre el estigma, que han elaborado autores clásicos provenientes de la sociología y la antropología.

En la segunda parte, se aborda la relación entre la estigmatización y la exclusión en salud. Dentro de este apartado, se analizan una serie de articulaciones entre la estigmatización, los derechos ciudadanos, el uso de drogas y la drogadependencia, como un caso particular de exclusión en salud.

Para finalizar, se propone una discusión sobre el alcance de ciertas nominaciones de uso extendido en el campo de la drogadependencia, tales como su categorización como enfermedad y/o delito, y se articulan con las propuestas actuales para la inclusión del tema de la estigmatización en la agenda política y sanitaria de los países (OPS/OMS, 2005).

1. CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL ESTIGMA

El concepto de estigma, ha sido utilizado para definir una serie variada de situaciones deshonrosas en términos de lo que una comunidad considera tolerable o no, es decir, las personas estigmatizadas representan, para el conjunto de las normas y valores de una sociedad, aquello indeseable que merece ser rechazado. Entre la diversidad de circunstancias que han originado calificaciones estigmatizantes por parte de las sociedades, se encuentran: desde bailes exóticos (o desenfrenados), la elección de objeto homosexual, el abuso de drogas, las deformaciones del cuerpo, hasta las enfermedades mentales.

Es habitual encontrar en la literatura sobre el tema, la asociación del estigma a conceptos tales como: deteriorado, estropeado, estereotipado y desgraciado. Y, entre sus consecuencias principales, el rechazo social.

La referencia al concepto de estigma lleva, necesariamente, a partir de las conceptualizaciones de un clásico, tal como es la publicación de *Estigma*, del sociólogo Erving Goffman, en el año 1963. La revisión de dicha obra, permite organizarlo en una serie de interrogantes a las que el autor pretende dar respuesta, sobre la base de investigaciones empíricas. Primero: qué es un estigma (definición) y qué efectos tiene sobre los individuos (situación de la persona estigmatizada y sus respuestas). En segundo lugar, se pregunta por la naturaleza del estigma, es decir, sobre los mecanismos de su producción. Por último, se interroga sobre las funciones del estigma y quiénes lo administran.

Estas preguntas, han sido retomadas por otros autores, tanto en lo que refiere al estigma, como a la anormalidad y a la desviación (Conrad, 1982, Conrad y Schneider, 1985). Entre ellos, algunos focalizan en los procesos de medicalización y en la asunción de la enfermedad como nominación de la conducta desviada y/o anormal (Freidson, 1978, Foucault, 1990, Menéndez, 1990). Un desarrollo aparte, merecen los estudios sobre el estigma relacionado con las desigualdades sociales (Parker y Aggleton, 2002, Goffman 2006, Fassin, sin fecha). Dentro de ellos, se ubican los que se refieren a los efectos del estigma en el campo de la salud (Link y Phelan, 2001, Parker y Aggleton, 2002, OPS/OMS, 2005). Entre estos últimos, hay quienes desarrollan las implicancias de la estigmatización de usuarios de drogas ilegales (Vázquez Acuña, 1997, Inchaurraga 2000, Aureano, 2003, Epele, 2006).

1.1 ¿Qué es un estigma?

Según Goffman (2006), el término estigma posee diferentes significaciones de acuerdo al momento histórico al que se refiera. Para los griegos, se trataba de signos corporales para señalar algo malo (esclavitud, crimen ó traición). El cristianismo designa con este concepto, tanto la gracia divina como la perturbación física. En el último período, un estigma designa, ya no manifestaciones del cuerpo, sino al *mal en sí mismo* (Goffman, 2006, p.11).

¹ Beca de Investigación de Doctorado. Período: 2008-2011. SECyT. UBA. Directora de Beca: Lic. Alicia Stolkner. Facultad de Psicología. UBA.

² Proyecto UBACyT P040. Programación 2008-2010. Directora: Lic. Alicia Stolkner. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

³ Se trata de la tesis de Maestría de una de las autoras. Op.Cit.

Reflere a un atributo desacreditador y el énfasis está puesto en el lenguaje de relaciones y no de atributos⁴.

El estigma y sus sinónimos, ocultan una doble perspectiva para el individuo estigmatizado: si su diferencia es conocida o no por quienes lo rodean. En el primer caso se trata de alguien desacreditado, en el segundo caso, de alguien desacreditable.

Para estudiar la situación del segundo caso, el autor considera tres elementos:

- la información social que porta algunos signos que pueden denominarse símbolos. Entre los símbolos de estigma se encuentran algunos muy ilustrativos: la cabeza rapada (puede referir a la guerra o a una estadía en prisión), los cortes en la muñeca (como marcas de un intento de suicidio), los brazos picados (para designar el uso de drogas inyectables), etc;
- la visibilidad, la evidencialidad del estigma;
- la identidad personal: que se reflere a la identificación personal de los ciudadanos que es requerida en situaciones particulares ante quienes están autorizados para solicitarla.

1.2 Mecanismos de producción del estigma

Para analizar los modos de producción del estigma, Goffman conceptualiza el manejo del estigma como un rasgo general de la sociedad. Los roles denominados normal y estigmatizado, son parte de la misma trama. Propone denominar a la persona estigmatizada como desviada normal (Goffman, 2006). Aquí el autor desarrolla la idea que menciona al comienzo de su libro, y es que el estigma es un lenguaje de relaciones. Esta posición lo diferencia de otros autores que estudian el estigma como marca objetivable. El estigma forma parte de una trama social en la que no es importante referirse a los individuos concretos (divididos en dos grupos), sino que se trata de un proceso de dos roles donde cada individuo participa de ambos, en algún momento de la vida. Normal y estigmatizado, entonces, no son personas sino perspectivas (Goffman, 2006).

La historia del estigma en sí mismo, debe distinguirse de la historia de la categoría de personas estigmatizadas (Goffman, 2006). En ambos casos, la historia puede producir variaciones. Lo que se conserva, desde esta visión, es la capacidad estigmatizante (o estigmófila) de una sociedad, pudiendo cambiar tanto los grupos estigmatizados como el estigma.

Conrad sostiene (1982, p.134) que las enfermedades "(...) son juicios que los seres humanos emiten (...) son construcciones sociales". Justamente por no tratarse de la marca, es que plantea que antes de la aparición del comportamiento anormal, tiene lugar el proceso de definición social del comportamiento anormal (Conrad, 1982)⁵.

Así como la historia ha producido variaciones en cuanto al estigma, pueden analizarse un conjunto de variaciones que tienen lugar en el curso de la historia de la anormalidad (Conrad, 1982). Una de las variaciones respecta a la definición de anormalidad: ha pasado de ser religiosa, a moral, luego estatal hasta médico - científica (esta variación alude a los administradores del control). Varían también las definiciones sociales del comportamiento anormal (en algunos casos se mantiene la definición de comportamiento desviado, pero ya no se considera un problema sobre el cual hay que intervenir médicamente. Ej.: homosexualidad). Por último, varían los métodos de control social: aislamiento y encierro propiamente dicho, imposición de tratamiento y sometimiento a medicación. Todas estas variaciones esconden, bajo el discurso de la humanización, un desplazamiento que mantiene una misma constante: el control social como objetivo central (Conrad, 1982).

1.3 Función y administración del estigma

Para Goffman, el proceso de adjudicar mala reputación a un individuo por parte de personas que no lo conocen, tiene una función de control social. Este control puede ser de dos tipos: control social formal e informal. El control social formal, es la búsqueda, por parte de quienes están habilitados (principalmente funcionarios), de individuos identificables por sus antecedentes (tanto morales como criminales). El control social informal, incluye al público en general. Se destaca el papel de los medios de comunicación al posibilitar que la vida de una persona se vuelva pública.

Para Conrad (1982), las sociedades industriales modernas trajeron consigo un fuerte predominio de la medicalización de la anormalidad y la asunción de la medicina en su función de control social. El autor centra su interés (en el estudio de la medicalización creciente), en los modos de definir y etiquetar los comportamientos anormales como problemas médicos, es decir, como enfermedad. En esta función de control, la medicina pretende intervenir de alguna manera sobre la anormalidad. Puede proponerse transformar, regular, aislar o eliminar aquel comportamiento definido socialmente como anormal.

Dentro de estas investigaciones clásicas sobre el estigma, se puede establecer una diferencia entre quienes se han focalizado más sobre el estudio de la *etiqueta* de las personas (tal como las referidas investigaciones de Goffman), que sobre *los que ponen la etiqueta*⁶. Dentro de esta perspectiva, desde el interaccionismo simbólico⁷, se producen una serie de escritos sobre la desviación, la producción social de las diferencias y las funcio-

signación de la hiperactividad en los niños como comportamiento anormal.

⁶ El énfasis está puesto en cuanto al foco: los estigmatizados o los estigmatizadores.

⁷ El eje principal de esta orientación, es el estudio del proceso de asignación de símbolos con significado al lenguaje y al comportamiento en la interacción social.

⁴ El debate se plantea alrededor del estigma como marca objetivable o como un proceso de nominación y de imputación de sentidos.

⁵ El autor toma el ejemplo del proceso que ha culminado con la de-

nes de control y normatización por parte de las instituciones. En el contexto de la teoría de la desviación, se incorpora una perspectiva histórico política para profundizar el estudio de los procesos de medicalización referidos a los problemas del uso de drogas y alcohol (Grimberg, 1995)⁸. La sociología de la desviación⁹, aporta la Teoría del etiquetaje cuya idea central es la creación, por parte de la sociedad, de la desviación a partir del establecimiento de reglas. La transgresión de estas reglas constituyen la desviación, y las mismas se aplican a personas etiquetadas como extraños.

2. PROCESOS DE ESTIGMA Y EXCLUSIÓN EN SALUD: USO DE DROGAS Y DROGADEPENDENCIA.

Para avanzar en el desarrollo de este punto, se toma como ejemplo un estudio más reciente referido a las implicancias del estigma en el campo de la salud (Link y Phelan, 2001). Se analiza luego, las particularidades que adquiere esta relación en el caso del uso de drogas y la drogadependencia.

En el año 2001, en el marco de la Conferencia sobre *Estigma y Salud Global*¹⁰ que tuvo lugar en los Estados Unidos, Link y Phelan (2001) definen el concepto de estigma como una correlación que surge de una serie de operaciones articuladas: se produce una identificación social de diferencias humanas y se establecen las etiquetas (1); se acopla el etiquetamiento a las características indeseables o estereotipos negativos (2); tiene lugar una separación entre *ellos* y *nosotros* (3); se experimenta una pérdida del estado y la discriminación (4) y, por último, surge la desigualdad, el rechazo y la exclusión, como efecto del proceso de discriminación, y como muestra de la dependencia del estigma del poder (5). Desde esta perspectiva, el estigma surge entonces, de unas condiciones de posibilidad dadas por el proceso de: etiquetado, estereotipia, separación, pérdida del estado y discriminación.

Se puede analizar, a través de algunos ejemplos que ofrecen los autores, el alcance de esta definición vinculada al campo de la salud:

1. Identificación de diferencias y etiqueta: hay una relevancia social diferente si se trata de enfermedades como el SIDA y la esquizofrenia (en comparación con enfermedades no etiquetadas).
2. Acoplamiento de la etiqueta al estereotipo: en el caso de la etiqueta *paciente mental*, se acopló a la creencia (estereotipo) sobre la peligrosidad de las personas con

estos padecimientos.

3. Nosotros y ellos: la división así establecida, supone que si se trata de una persona con una enfermedad cardíaca (nosotros), se distingue de otra persona que sufre de esquizofrenia (ellos).

4. Pérdida del estado: tiene lugar una operación por la cual un sujeto es representado por su etiqueta (drogado, esquizofrénico, etc.). Se produce una especie de sustitución del ser sujeto por el ser la cualidad de la etiqueta. Cabe aquí reflexionar sobre el alcance de este proceso ya que, si pensamos en que el tipo de pérdida que está puesta en juego es la condición de sujeto, parece más pertinente referirse a este punto como desubjetivación. En estas circunstancias, el hecho de desligar a la persona de la cualidad estigmatizante, no necesariamente devuelve a la persona a la posición en que se encontraba antes de ser parte de un proceso estigma.

5. Desigualdad, rechazo y exclusión: se plantea una dependencia del estigma del poder (económico, político y social), que se traduce en poder de estigmatizar. Existirían grupos con baja capacidad de estigmatizar y otros con capacidad alta. Estos últimos serían aquellos con poder de estigmatizar a quienes, por su ubicación desventajada en la estructura social, no pueden sino padecer el etiquetamiento. Se incorpora la dimensión del poder, para analizar las diferencias propias de ocupar diferentes posiciones en el campo de su distribución.

La dimensión del poder, es clave para estudiar la estigmatización, no ya desde la consideración de las categorías de personas estigmatizadas, sino desde el análisis de las diferentes categorías de personas, según sea su inserción en las estructuras de poder. El estigma y la estigmatización, operan en el punto de entrecruzamiento de los conceptos de cultura, poder y diferencia. Operan fundamentalmente en relación con las desigualdades sociales (Parker y Aggleton, 2002).

En la misma dirección, Link y Phelan (2001) abordan la discriminación como efecto del proceso de estigma. Elaboran una clasificación de la discriminación en tres tipos. La discriminación directa es aquella ejercida por personas que reproducen la creencia estereotipada (tal como la negativa para otorgar un empleo o alquilar una vivienda). En salud, diversas experiencias de rechazo que reflejan los usuarios de servicios de salud mental (negación de oportunidades de elección, menores probabilidades de recibir procedimientos avanzados, etc.). El segundo tipo es la discriminación estructural. Es la discriminación persistente que sufren grupos específicos, ya no tan solo como producto de su estigma, sino como una manifestación que afecta la totalidad de la vida de las personas y profundiza la situación en que se encuentran. Estas comunidades perjudicadas (a diferencia de otras), tienen mayores índices de criminalidad, de enfermedades infecciosas y de asistencia médica inadecuada. Este tipo de discriminación, puede no implicar formas obvias de comportamiento discriminato-

⁸ La autora cita: estudios sobre la desviación (Lemert, 1967), estudios sobre las instituciones de salud (Goffman, 1970), procesos de medicalización (Conrad y Schneider, 1985) y en América Latina (Menéndez, 1981, 1985, 1990). Op.Cit.

⁹ Para ampliar, puede verse el trabajo de Becker (1971). Este autor estudia la desviación a partir de analizar dos grupos sociales: fumadores de marihuana y músicos populares. También indaga el papel de aquellos que imponen las reglas de conducta.

¹⁰ An International Conference. *Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda*. Bethesda, Maryland, U.S.A.

rio, a diferencia de la anterior generalmente visible. El último tipo de discriminación, también suele operar de un modo imperceptible y se da a nivel de los procesos psicológicos de las personas discriminadas. Alude a la devaluación que siente la persona, como siendo menos digna de confianza, menos inteligente y menos competente.

Estos ejemplos, muestran la importancia de los procesos de estigmatización para entender la desigual distribución de ocasiones en la vida que sufren estas personas (incluidas las ocasiones en el acceso a la atención en salud).

La mayor parte de las investigaciones examina el estigma asociado a una circunstancia a la vez, por lo que no se logra percibir la integralidad de sus efectos (Link y Phelan, 2001) y la sinergia entre las distintas fuentes de estigmatización (Parker y Aggleton, 2002). Por este motivo, parece más útil referirse al concepto de procesos de estigmatización.

Los resultados del análisis de una muestra de 487 personas con circunstancias potencialmente estigmatizantes¹¹, y los problemas de salud que sufren como consecuencia de las mismas, aporta elementos para comprender la importancia que tiene el estudio de este concepto para la salud pública. Para mostrar el alcance de la relación entre la estigmatización y los problemas de salud, se consideran dos efectos:

1) el estigma produciendo enfermedad:

- menor distribución de las ocasiones (buenas) de la vida social;
- ubicación de las instituciones de tratamiento en sectores pobres de la ciudad;
- tensión omnipresente de ser discriminado¹²;
- relación entre las condiciones sociales desfavorables y la exposición a riesgos.

2) el estigma empeorando el curso y resultado de la enfermedad:

- demora o evitación en la búsqueda de tratamiento;
- incumplimiento de los requerimientos del tratamiento;
- recaídas o exacerbaciones de la condición;
- creación de condiciones indeseables de tratamiento en los lugares de atención (presencia de guardias, salas cerradas, alambre de púas, etc.);
- menor inversión en investigación y tratamientos de enfermedades estigmatizadas.

Es importante instalar una agenda amplia para investigar las implicancias de los procesos de estigma en el campo de la salud. Esta propuesta, incluye el desarrollo de un nuevo marco conceptual que se adecue a las circunstancias de las problemáticas actuales, y que pro-

duzca orientaciones sobre la implementación de acciones más eficaces para minimizar sus efectos.

La conceptualización de la estigmatización y la discriminación como procesos sociales, supone una relación con conceptos amplios de poder y dominación. Por eso está ligado, indefectiblemente, a los estudios sobre desigualdad social (Parker y Aggleton, 2002).

2.1 Procesos de estigma, derechos, uso de drogas y drogadependencia.

El problema del uso de drogas y la drogadependencia, ofrece un ejemplo especialmente ilustrativo para el análisis de los procesos de estigmatización.

Desde la perspectiva teórica con la que trabajamos, el foco de la cuestión no está puesto en la definición de la droga, sino en las definiciones sociales que se producen acerca del vínculo entre los sujetos y las drogas. Por eso, es necesario precisar brevemente las definiciones que utilizamos.

El uso de drogas¹³: “(...) se trata de la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, (...) cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (...) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas” (Romaní, 2008, p.302).

Por drogadependencia¹⁴, entendemos: “(...) un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (...), pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas” (Romaní, 2004, p.55).

Para introducir este punto, es de particular interés tomar uno de los tipos de estigma descriptos por Goffman (2006, p.14). El referido a “(...) los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad”. Ellos surgen de informes sobre “(...) perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas”.

El problema del uso de drogas y la drogadependencia, adquirió relevancia en los últimos decenios. Las políticas Neoliberales articuladas al contexto punitivo que enmarca el consumo de drogas ilegales en Argentina, produjo un discurso hegemónico caracterizado por la

¹¹ Las circunstancias estigmatizantes seleccionadas son: 1) hospitalización por enfermedad mental, 2) uniones múltiples (más de 3), 3) desalojo, 4) pobreza extrema, 5) ser un niño adoptivo, 6) estar retenido en la escuela, 7) ser huérfano, 8) estar desocupado y 9) contar con ayuda social (del estado).

¹² Goffman también desarrolla el tema de la tensión al referirse a la categoría de desacreditable. Op.Cit.

¹³ Se focaliza en el uso de drogas categorizadas como ilegales, ya que son los usuarios de estas sustancias (dependan o no de ellas) quienes configuran mayoritariamente grupos estigmatizados.

¹⁴ Aquí lo preponderante es la organización de la vida de las personas alrededor de un consumo compulsivo. En la definición se incluyen otras compulsiones vinculadas no solo a sustancias, sino a acciones como el juego (ludopatía) que no son objeto de este trabajo. Tampoco se aborda aquí, la problemática desde un punto de vista psicopatológico.

criminalización y estigmatización de los usuarios de drogas ilegales y los drogadependientes.

Si se analizan las políticas, desde la década de los '90 en adelante, se observa que las políticas en materia de drogas tuvieron un desarrollo limitado dentro de las políticas de salud. Este pobre desarrollo, lejos de constituir una excepción, se dio en paralelo con la inexistencia, desde el estado nacional, de una política de salud mental (Stolkner, 2003).

La ley penal de Estupefacientes (Ley 23.737) del año 1989 (aún vigente), al reprimir la tenencia de pequeñas cantidades para consumo personal, caracteriza como delito la misma conducta que es objeto de abordaje terapéutico¹⁵.

Esto ha tenido como correlato, la habitual designación de este problema asociado a la delincuencia o a la enfermedad. La oscilación transcurre -sin matices-, entre la medicalización y la criminalización.

Los discursos estigmatizantes sobre el uso de drogas y la drogadependencia, cumplen una función de distorsión, magnificación e invisibilización de algunas dimensiones del problema. Un efecto habitual de esta discursiva, es la homologación del usuario al dependiente de drogas. Esto oculta la dimensión recreativa (Aureano, 2003) que pudiera tener el vínculo con algunas sustancias (especialmente las ilícitas), que gozan de todo el énfasis de la condena social. Nada similar ocurre con respecto a otras sustancias toleradas socialmente (de venta libre tales como el alcohol y/o el tabaco, o de circulación regulada tal como el caso de los psicofármacos).

El discurso del crimen asociado a las drogas (ilegales), tiene un fuerte componente ideológico y produce un efecto de poder explicativo basado en la suposición de peligrosidad de estas personas. La situación de quienes han sido alcanzados por la legislación penal, muestra que aún quienes cumplieron su pena, no logran deshacerse de la marca de la judicialización.

La visión predominante del crimen y la enfermedad, han sido la base para negarle a estas personas "(...) las dos principales características de los ciudadanos en un régimen democrático: la racionalidad y la autonomía" (Aureano, 2003, p.49).

Como bien señala Goffman (2006), aún cuando el atributo estigmatizante puede repararse, el resultado no es la asunción de un status normal, sino que alguien que tenía un defecto particular se convierte en alguien que cuenta en su haber con el record de haber corregido un defecto particular.

Aquí se produce una situación que esconde una vulneración de derechos ya que, debido a un acontecimiento que puede ser ocasional, estas personas son expuestas a la identificación pública, "(...) pero sin darle derecho a compensar los daños sufridos" (Goffman, 2006, p.89).

¹⁵ Un debate reciente se ha iniciado en el ámbito nacional, en cuanto a la necesidad de quitar del fuero penal la figura del tenedor de pequeñas cantidades de droga destinada a consumo personal.

Un caso particular lo plantean ciertas modalidades de tratamiento (tanto profesionalizadas como grupos de autoayuda) en que se mantiene la nominación estigmatizante (o se le antepone el prefijo ex), aún cuando lo que la originó ha desaparecido. Esta es la situación de personas que han abandonado el alcohol durante más de 20 años y asisten a reuniones en la que todos se autodenominan alcohólicos. También en algunas instituciones bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica en las cuales *ex - drogadependientes* acompañan a quienes ingresan para su tratamiento.

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

Para Conrad (1982), la anormalidad intencionada, suele definirse como delito. Se reserva la definición de no intencionada para designar la enfermedad. Por eso a la delincuencia se le responde con castigo (respuesta punitiva), y a la enfermedad con la imposición del tratamiento (respuesta terapéutica)¹⁶.

Entre las anormalidades que integran la jurisdicción de la medicina, se encuentran el alcoholismo y la dependencia de drogas junto a hiperactividad infantil, suicidio, obesidad, delincuencia, violencia, corrupción de menores y problemas de aprendizaje, entre otros (Conrad, 1982). Para que la anormalidad sea reconocida como perteneciente a su jurisdicción, tienen lugar aprobaciones simbólicas en reuniones de investigación y profesionales. En el caso norteamericano, para la adicción a las drogas, esta aprobación "(...) llegó en un informe de 1960 preparado por el Comité Conjunto de la Asociación Judicial Americana y la Asociación Médica Americana" (Conrad, 1982, p.150).

El análisis de las particularidades que adquiere el tratamiento del tema en nuestra época (como foco de procesos de estigmatización), ha llevado a estudiar las funciones que cumple en nuestra sociedad y a ser conceptualizado como dispositivo¹⁷. Para Dimov (2005, p.89), el "*dispositivo drogadependencia*", tiene una función estratégica, que va desde su utilidad en términos económicos y geopolíticos, hasta la institución de un

¹⁶ Conrad toma en ese artículo la conceptualización de Parsons sobre el rol del enfermo que se compone de 4 instancias: eximición de responsabilidades propias de la normalidad, eximición de la responsabilidad por la enfermedad, obligación de reconocer el estado de enfermo y cooperación a través de la búsqueda y sometimiento a tratamiento. Op.Cit.

¹⁷ Dispositivo en el sentido que Foucault le da al término, como: "un conjunto resueltamente heterogéneo, que implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos; proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en síntesis, todo lo dicho cuanto lo no dicho (...)". (Terán, 1983)

nuevo tipo de subjetividad, objeto de tutela, rechazo social y fundante de un sinnúmero de prácticas jurídicas, médicas y psicológicas.

Uno de los efectos principales de la estigmatización, es su capacidad de producir grupos específicos de ciudadanos que ven limitado su cumplimiento de derechos tales como el derecho a la atención en salud. Estos grupos, ponen en juego una operación de encubrimiento en diferentes momentos de la vida cotidiana, tal como puede ser el contacto con una institución pública. La particularidad que profundiza la situación desigual en la que quedan las personas que usan drogas ilegales, es que sobre ellos cae, no solo la condena social del estigma (simbólico), sino la posibilidad cierta de ser encarcelados. Puede conjeturarse entonces, el largo camino que deben recorrer aquellos para los cuales el uso de drogas se ha vuelto problemático (una minoría de usuarios) y necesitan tratamiento por su problema de salud.

La salud es un derecho humano fundamental que implica el acceso universal a los servicios: oportunos, humanizados y adecuados culturalmente (Carta de Brasilia, 2007). La accesibilidad a la atención en salud, se define como "(...) el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (...) y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Barcala y Stolkiner, 2000, p.283).

El énfasis del consumo de drogas puesto en el vínculo con las sustancias ilegales (y su prohibición), ha relegado a un modesto segundo plano (Aureano, 2003), las cuestiones relativas a la salud de las personas con problemas de drogadependencia. La importancia atribuida a las sustancias, ha impedido visualizar que solo una verdadera "ciudadanización" o pleno goce de derechos, incluidos los económicos sociales y culturales" (Ocaña, Sin fecha), podría comenzar a operar transformaciones en el escenario del problema.

Varios juristas, señalan que el acceso de usuarios de drogas a la atención en salud, puede obstaculizarse como efecto del contexto punitivo (Cattani, 2005, Vázquez Acuña, 1997). Otros señalan que se produce por la discriminación en las instituciones de salud (Inchaurreaga, 2000, Parker y Aggleton, 2002), los procesos de estigmatización en los servicios de salud (Pecheny et al, 2007) y por el fenómeno de la autoexclusión (OPS-OMS, 2005). Un estudio en el que indagamos representaciones y prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la salud y su relación con la accesibilidad a los servicios, concluía que: "la reproducción de la estigmatización podría colaborar con la producción de barreras de accesibilidad específicas para estas personas" (Vázquez, 2006, p.121).

En un trabajo sobre las consecuencias de la criminalización del consumo de drogas en los vínculos entre instituciones de salud y usuarios/as de drogas que viven en condiciones de marginación social (Epele 2007), se analiza a la sospecha como una lógica que estructura

una barrera entre los usuarios y el sistema de salud. Reconocer esta lógica como barrera -sigue la autora-, supone ampliar las nociones tradicionales sobre problemas económicos, geográficos y culturales. La lógica de la sospecha, se define como "(...) *aquel conjunto heteróclito de prácticas simbólicas que definen las propiedades de los vínculos y las posiciones entre los usuarios/as de drogas y las Instituciones del estado, particularmente las de salud*" (Epele, 2007, p.155).

La drogadependencia en nuestra época, representa una suerte de historia de malos antecedentes morales. La estigmatización de estas personas, puede operar como un medio de control social formal (Goffman, 2006).

El estigma de la delincuencia, la enfermedad y/o la pobreza, producen una individualización de los problemas humanos que invisibiliza la dimensión social. Desfigura la realidad y habilita el control social bajo el fundamento de la salud (Conrad, 1982). Cada época define alguna enfermedad emblemática, la drogadependencia podría ocupar ese lugar de trípode emblemático: enfermedad-delito-pobreza, en que ha sido ubicada en la época actual. Para conceptualizar una *política del sufrimiento*, Fassin (Sin fecha, p.2) considera significativas dos cuestiones: que estas enfermedades emblemáticas pueden analizarse como *incorporación de la desigualdad*, y que los grupos indiferenciados sobre los que pesan todas las injusticias sociales corresponden a *una colectividad sin cara*. Puede hipotetizarse que es justamente esto lo que hace a estas poblaciones más focalizables (todos los pobres, todos los usuarios de drogas, todos los drogadependientes, etc.).

Desarrollos acerca de la estigmatización asociada a la epidemia del Sida, señalan que la lucha contra el estigma, constituye uno de los asuntos más urgentes a nivel mundial,¹⁸ y que las reacciones sociales de estigma y discriminación, pueden constituir una epidemia más explosiva, que la producida por la propia enfermedad¹⁹: una *epidemia de significados*²⁰ (Parker y Aggleton, 2002, p.14).

DISCUSIÓN FINAL

Organismos internacionales (OPS/OMS, 2005) proponen como necesidad, la inclusión de la cuestión de la accesibilidad a la atención en salud de personas con diversas problemáticas de salud mental, en la agenda política y sanitaria de los países. Para ello, se proponen una serie de pasos:

- Visualizar el rol que cumple el estigma. En este campo, el desarrollo de investigaciones en la temática juegan un papel primordial.

¹⁸ El comentario corresponde a las declaraciones del director ejecutivo de la UNAIDS en el año 2000 (Parker y Aggleton, 2002, p.2).

¹⁹ Los autores citan el análisis de Mann, quien conceptualiza estas reacciones sociales como la *tercera epidemia* (Parker y Aggleton, 2002, p.1).

²⁰ La definición pertenece a Paula Treichler.

- Abogar por el respeto de los derechos de las personas estigmatizadas y, especialmente, avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación en el ámbito de la salud.
- Diseñar e implementar políticas destinadas a eliminar los efectos producidos por los procesos de estigma.

La ampliación y transformación de la conceptualización sobre la estigmatización, entendida como un conjunto poderoso de procesos sociales relacionados con la reproducción de la desigualdad y la exclusión, ofrece un complemento y una nueva forma de comprender sus efectos, con miras a ser parte de intervenciones que tiendan a cuestionarlos y eliminarlos (Parker y Aggleton, 2002).

Un primer camino, es poner en discusión las categorías que habitualmente se relacionan con el consumo de drogas: enfermedad y delito. En cuanto a la nominación de enfermedad, es tiempo de separar a quienes hacen usos recreativos de drogas (principalmente ilegales), de aquellos que manifiestan consumos problemáticos. Aquellos que sufren sobre sí la carga de la estigmatización, la han sufrido muchas veces antes de relacionarse con las drogas y ya habían sido categorizados con anterioridad como pobres y/o marginales. Puede postularse entonces, que los procesos de estigma producen exclusión social y que -en ocasiones-, esta exclusión adopta la nominación de enfermedad.

Un planteo de tal magnitud, podría suponer una descategorización de todos los usos de drogas como enfermedad. Es por lo menos cuestionable, la inclusión natural de ciertos problemas de la vida cotidiana de las personas bajo la jurisdicción de la medicina.

En cuanto a la vinculación con el delito, el debate muestra mejores perspectivas²¹ en comparación con lo que ocurre con la categorización de enfermedad. A nivel mundial, el régimen de la prohibición produjo un mercado ilegal que da respuesta a aquellas personas que no han logrado sobrevivir en la economía legal socialmente establecida (Metaal, 2008). La evaluación de los efectos de 20 años de políticas de represión y persecución de los usuarios, ha demostrado en buena parte del mundo, un estrepitoso fracaso en cuando a la disminución de la demanda. Un fracaso mucho mayor ha mostrado en favorecer la atención en salud de aquellos que requieren tratamiento por su consumo problemático.

Es relevante estudiar los procesos de estigma como barrera de accesibilidad a la atención en salud, para identificar componentes que disminuyan dicha exclusión (OPS/OMS, 2005). Estos procesos, están subreconocidos en la producción de inequidad en salud (Link y Phelan, 2001).

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

²¹ En el plano nacional, en octubre de 2008, tuvieron lugar las Primeras Jornadas Nacionales sobre Políticas Públicas en Materia de Drogas. En el plano Internacional, comenzó en el año 2008 una evaluación de la implementación de la declaración política y planes de acción de la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU (UNGASS) 1998.

BIBLIOGRAFÍA

- Aureano, G. (2003). Uso recreativo de drogas ilícitas. Una visión política. En C. Cáceres et al. (Eds.) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. (pp. 45-48) Lima: UPCH.
- Barcala, A. y Stolkiner, A. (2000) Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso. *Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología. UBA, VIII, 282-295.
- Carta de Brasilia (2007). Reunión Regional de Consulta con la sociedad civil sobre los determinantes sociales de la salud. 12 al 14 de abril de 2007. Brasilia. Brasil. Extraído el 10 de Agosto, 2007 de: <http://www.civil-society.oas.org/DetSocSalud/CARTA%20DE%20BRASILIA%20FINAL.pdf>.
- Cattani, H.: (2005, Noviembre 6). Consumo de drogas: ¿la hora de despenalizar? *Diario La Nación*, Enfoques, p.4.
- Código Penal Argentino: Ley N° 23.737 (BO: 11/10/89) y modificaciones.
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp.129-159). Barcelona: Crítica- Grijalbo.
- Conrad, P. y Schneider, J. (1985). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. (pp.1-37) Columbus-Ohio: Merrill Publishing Company.
- Dimov, M.I. (2005). El dispositivo "drogadependencia". *Psicoanálisis y el Hospital. Toxicidad y Adicciones. Ediciones del Seminario*, 27, 88-96.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre la criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*. FF y L. UBA, 25. 153-170.
- Fassin, D. (Sin fecha). La patetización del mundo. Ensayo de Antropología Política del sufrimiento. Traducción Mara Viveros. Mimeo
- Foucault, M. (1990) Historia de la "medicalización" e Incorporación del hospital a la tecnología moderna En: *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. (pp.121-174). La Piqueta, Madrid.
- Freidson, E. (1978). La construcción profesional de conceptos de enfermedad. En *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado* (pp. 247-300). Barcelona: Península.
- Galende, E. (1997) Subjetividad y cultura: el malestar de la individuación. En *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. (pp. 63-132). Buenos Aires: Paidós.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. 1era Edición 1963. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grimberg, M. (1995). Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en antropología y salud, en M. Álvarez y V. Barreda (Comps.), *Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica*. (pp.31-50). Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.
- Inchaurreaga, S.(2000). Sida sobre la transitoriedad del sujeto y la cultura. En J. Barrionuevo (Comp.) *Clínica psicoanalítica al límite*. (pp.55-72). Buenos Aires: Gabas.
- Link B. & Phelan J. (2001, september). *On stigma and its public health implications*. An International Conference. Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda. Bethesda, Maryland, U.S.A. Extraído el 10 de Febrero, 2006 de: <http://www.stigmaconference.nih.gov>
- Menéndez, E.L. (1990). El modelo médico hegemónico. En *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. (pp.83-117). México: Ediciones de la Casa Chata.
- Metaal, P. (2008, Julio). La dimensión ética de las políticas de drogas. La moralidad frente a un enfoque basado en los derechos. *Programa Drogas y Democracia. Transnational Institute*, 18-25
- Ocaña, V. (Sin fecha) Jornadas: Dirección de Promoción del Liberado. Extraído el 23 de Enero, 2008, de: http://www.plb.gba.gov.ar/gba/plb/ejecpenal/fotos_mendoza/Lic.%20Viviana%20Oca%F1a.pdf
- OPS/OMS (2005, Julio). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y Perspectivas. Para el 29avo. Congreso de la Academia Internacional de Derecho y Salud Mental, París, Francia.
- 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.
- Pechen. M.; Alons. J.; Tamburrin. C.; Brow. J.; Gatton. S.; Mantill, J. et al (2007). La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. En E. López & E. Pantelides (Comps.) *Aportes ala investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA.
- Romaní, O. (2008) Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4 (3), 301-318.
- Romaní, O. (2004). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Terán, O. (1983). *Michel Foucault. El discurso del poder*. (pp.184-185). Buenos Aires: Folios.
- Vázquez, A. (2006) *La Construcción Social del "problema de las drogas": Representaciones y Prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la Salud. Su relación con la Accesibilidad y Dignidad en la Atención de personas que usan drogas en Servicios de Salud del GCBA*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.
- Vázquez Acuña, M. (1997). Coerción: un factor importante que restringe el acceso de usuarios de drogas y trabajadoras sexuales al sistema de salud. En S. Inchaurreaga, (Comp.). *Drogas y Drogodependencias. Teoría, clínica e instituciones*. (pp.49-56). Rosario: UNR.
- Stolkiner, A. (2003, septiembre). *Nuevos Enfoques en Salud Mental*. Ponencia presentada en el 14° Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, Buenos Aires, Argentina.

Fecha de recepción: 14 de febrero de 2009

Fecha de aceptación: 20 de julio de 2009