

Políticas públicas en materia de drogas en Argentina: políticas de estigmatización y sufrimiento*

Drug policies in Argentina: politics of exclusion and suffering

Andrea Vázquez¹

RESUMEN El objetivo del trabajo es describir las principales políticas en materia de drogas en Argentina y establecer articulaciones entre las mismas, los procesos de estigma social y la accesibilidad de drogadependientes a los servicios de salud. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica y documental. Una determinada política, produce operaciones que se entretajan en las particularidades que adquiere la vida cotidiana de las personas. Por ello, la orientación que adquieren las políticas, configura un determinante fundamental en la trayectoria de un sujeto por el sistema de salud. Se plantea que el tema central sobre el cual avanzar se relaciona con la exclusión en salud y el sufrimiento producido por los procesos de estigmatización y una decena de derechos que suelen ser vulnerados a las personas con problemas de drogadependencia.

PALABRAS CLAVE Políticas; Drogas; Estigmatización; Sufrimiento.

ABSTRACT *The aim of this paper is to describe the main drug policies in Argentina, establishing connections between them, the processes of social stigma and drug dependent patients' accessibility to health services. For this purpose, a bibliographical and documentary review was conducted. Certain policies produce operations that are interwoven in the particularities of people's everyday life. Thus, policies orientations configure a fundamental determinant in patients' trajectory in the health system. A central topic on which to advance relates to the exclusion in health and the suffering produced by the processes of stereotyping, along with the systematic rights violation of drug dependent patients.*

KEYWORDS *Policy; Drugs; Stereotyping; Suffering.*

* El presente artículo, constituye un avance en la construcción de las categorías teóricas de la tesis doctoral de la autora. Dicho proyecto se enmarca en un Proyecto UBACyT. Facultad de Psicología. Directora: Lic. Alicia Stolkiner. Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad de Buenos Aires.

¹ Mestre em Saúde Mental Comunitária pela Universidad Nacional de Lanús - Lanús, Argentina. Professora adjunta da Universidad de Buenos Aires - Buenos Aires, Argentina. Professora associada da Universidad Nacional de Lanús - Lanús, Argentina.
avazquez@psi.uba.ar

Introducción

El objetivo del trabajo es describir las principales políticas en materia de drogas en Argentina y establecer articulaciones entre las mismas, los procesos de estigma social y la accesibilidad de drogadependientes a los servicios de salud.

Los estudios sobre el marco regulatorio de la problemática de la drogadependencia, sostienen que éste suele presentarse como encuadres externos que produce diversos efectos y/o influencias. Aquí consideramos que esos marcos son productores de subjetividad y padecimientos. Una determinada política produce operaciones que no se ciñen a aspectos macro contextuales, sino que se entretajan en las particularidades que adquiere la vida cotidiana de las personas (STOLKINER, 1994). Por ello, la orientación particular que adquieren las políticas en la materia configura un determinante fundamental (aunque no unívoco) en la trayectoria de un sujeto por el sistema de salud y, por tanto, de su proceso salud-enfermedad-cuidado.

En nuestro análisis, no solo se trata de la presencia de un contexto de penalización de la tenencia para consumo, sino de la profundización de los discursos de estigma que supone la existencia de regulaciones que naturalizan la discusión del problema entorno a la figura de la peligrosidad.

El trabajo se organiza en dos partes. En la primera, se presentan los lineamientos políticos que sentaron las condiciones de posibilidad para la instauración del prohibicionismo en Argentina. Luego se presentan una serie de modificaciones en las políticas de salud que podrían producir un nuevo paradigma de pensamiento cuyo centro sea la importancia de favorecer el cumplimiento de derechos en general (y el de atención en salud en particular) en el contexto del ejercicio de ciudadanía. Por último, se plantea como discusión la importancia de visualizar una dimensión central como es la exclusión en salud que sufren las personas

con problemas de drogadependencia como producto de la profunda relación que existe entre los procesos de estigma social, el padecimiento subjetivo y la vulneración de derechos ciudadanos.

Metodología

Para el relevamiento de las políticas en materia de drogas se realizó una revisión bibliográfica y documental. La revisión se llevó a cabo organizada en tres etapas: definición de objetivos de la revisión, realización de la búsqueda bibliográfica y organización de la documentación y redacción del artículo.

Para la localización de los documentos bibliográficos se relevaron fuentes primarias: normativas, reglamentaciones, documentos internacionales y nacionales y fallos judiciales de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina y secundarias: bases de datos, mapas conceptuales, catálogos sobre legislación, etc.

Políticas en materia de drogas

ITINERARIOS PUNITIVOS Y EXCLUSIÓN SOCIAL

El régimen internacional de control de drogas vigente, se sustenta en tres convenciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU). La primera es la Convención Única sobre Estupefacientes (1961) que crea la estructura del Régimen Internacional de Control de Drogas. Allí se establecen criterios orientadores que los países deben seguir para ajustarse a un marco general de políticas de drogas. Diez años más tarde, la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) nace vinculada con la necesidad de someter a control una serie de drogas surgidas entre los años 60 y 70, fundamentalmente anfetaminas, barbitúricos y sustancias alucinógenas. Por último, con la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y

Sustancias Psicotrópicas (1988), que consolida el ideario de lo que se conoce como 'la ilusión represiva': una combinación entre castigo y tratamiento con eje en los consumidores de drogas (GONZÁLEZ, 2000, P.195) basada en el convencimiento de que la represión permitirá alcanzar un mundo sin drogas. Una de las novedades que introduce este último documento, es la ampliación del territorio de las acciones punibles. Esta Convención, más conocida como la Convención de Viena, fue decisiva para consolidar el modelo prohibicionista.

El mismo año de la denominada Convención de Viena, se realizó la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, 1998). Es relevante el primer párrafo de la Declaración Política que se aprobó en ese marco, ya que sintetiza la lógica que orientará la mayor parte de los discursos sobre las drogas durante los siguientes veinte años:

Las drogas destruyen vidas y comunidades, socavan el desarrollo humano sostenible y generan delincuencia. Las drogas afectan a todos los sectores de la sociedad en todos los países; sobre todo, el uso indebido de drogas afecta a la libertad y al desarrollo de los jóvenes, que son el patrimonio máspreciado de la humanidad. Las drogas constituyen una grave amenaza para la salud y el bienestar de todo el género humano, para la independencia de los Estados, la democracia, la estabilidad de las naciones, la estructura de todas las sociedades y la dignidad y la esperanza de millones de personas y sus familias [...]. (UNGASS, 1988, P. 1).

En Argentina, La Ley 23.737 (ARGENTINA, 1989) del Código Penal Argentino (CPA), sanciona con prisión de un mes a dos años y multa, la tenencia de drogas para uso personal (Art. 14). Contempla la realización de un tratamiento - Medida de Seguridad Curativa - para quienes dependan física o psíquicamente de sustancias, dejando en suspenso la pena, hasta la evaluación de los

resultados del mismo (Art.17 y 18). El artículo 17 plantea que la persona puede quedar eximida de la pena en aquellos casos en los que pueda acreditarse el resultado satisfactorio del tratamiento realizado. Sin embargo, considera que:

Si transcurridos dos años de tratamiento, no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última. (ARGENTINA, 1989, ART. 17).

Constituye una paradoja, el hecho de que una persona sea judicializada por la Ley Penal en posesión de sustancias para uso propio, y que una alternativa al cumplimiento de la pena, sea la realización de un tratamiento compulsivo para su recuperación. Lo cierto es que, quien no colabora, debe cumplir la pena y puede ser obligado (además) a continuar con el tratamiento. Desde nuestra perspectiva, éstas medidas configuran un instrumento de control estatal que limita derechos.

Al reprimir la tenencia de pequeñas cantidades para consumo personal, caracteriza como delito la misma conducta que será objeto de abordaje terapéutico. Esto ha tenido como correlato, la habitual designación de este problema asociado a la delincuencia o a la enfermedad. La oscilación transcurre entre la medicalización y la criminalización. Uno de los proyectos de ley para la transformación de la ley penal, exponía que:

Esta ley, cuyo fin es supuestamente preservar la salud pública, transforma en delincuentes a cientos de miles de personas que no son delincuentes. En los 15 años de vigencia de la norma hubo 320.000 procesados o detenidos por este tema: el 98,5% de ellos no tenía antecedentes penales cuando fue detenido y tenía menos de 5 gramos en su poder. (GARCÍA, 2005, P. 4).

Desde el año 1989, año en que se sanciona la Ley Penal vigente, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha fallado reprimiendo la tenencia de pequeñas cantidades de sustancias (aunque estuvieran destinadas al consumo personal) a partir de la interpretación de existencia de afectación de la salud pública como el bien jurídico protegido. Los argumentos de estos fallos se han basado en la idea de que no existe la intimidad ni privacidad si existe la exteriorización. Esa exteriorización, fundamentan, puede afectar de alguna manera el orden o la moral pública o los derechos de un tercero. Por lo tanto, al tratarse de una figura de peligro abstracto está contenida la trascendencia a tercero ya que detrás del consumidor, está el traficante hormiga y el verdadero traficante. Por eso se afirma que la conducta reprimida queda por fuera del ámbito de privacidad.

Las políticas represivas actuales, tienen una importante raigambre ideológica en la que prevalecen juicios y temores. La categorización de tema tabú opera como un inhibidor del debate público al ser identificado con el crimen. Esta asociación, somete a los consumidores de drogas a espacios cada vez más cerrados donde, a su vez, se vuelven cada vez más vulnerables (CLDD, 2009). El prohibicionismo, se sostiene en una división entre drogas legales e ilegales – y por ende –, entre usuarios legales e ilegales, ocultando que el mayor riesgo que pueden suponer estos consumos, se asocia más a las condiciones sociales en que se encuentran estas personas, que al consumo mismo.

El discurso del crimen relacionado con las drogas ilegales, posee un fuerte componente ideológico

[...] y produce un efecto explicativo basado en la suposición de peligrosidad de las personas drogadependientes pobres, marginales, en una situación de clara subalternidad social y cultural. (VÁZQUEZ; ROMANÍ, 2012, P. 161).

Es recién en el año 2009 que la CSJN

volvió a expresarse¹ en el sentido de que la incriminación de la tenencia crea una presunción genérica y absoluta de peligro abstracto (ARGENTINA, 2009, P. 1). El Fallo introduce la jurisprudencia internacional en cuanto que la misma se manifiesta en contra del ejercicio del poder punitivo del Estado basado en la consideración de peligrosidad de las personas. Expone que las razones en que se sustentaba la incriminación del tenedor han fracasado, “y ello a costa de una interpretación restrictiva de los derechos individuales”. La propuesta de un cambio jurisprudencial, sigue el Fallo, se justifica en que la doctrina utilizada hasta el momento se ha elaborado previamente a la reforma constitucional (1994) a partir de la cual el derecho a la salud es reconocido con rango constitucional por los tratados incorporados y el Estado Nacional se ha comprometido para lograr su efectividad plena. El Fallo finaliza expresando que,

[...] se declara la inconstitucionalidad² de esa disposición legal en cuanto incrimina la tenencia de estupefacientes para uso personal que se realice en condiciones tales que no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros. (ARGENTINA, 2009, P. 38).

Este Fallo, marca un hito en cuanto a que es el primero que con posterioridad a la reforma de 1994 se expresa en contra de la represión de la tenencia de drogas para uso personal que no suponga peligro concreto o daños a terceros.

POLÍTICAS EN SALUD

Desde fines de los años 80 el discurso de la peligrosidad de personas drogadependientes, en situación de vulnerabilidad social y/o pobreza, ha sido la base para consolidar el modelo represivo y prohibicionista. Si bien este paradigma ha delineado las políticas en drogas de la Argentina de los últimos 20

¹ ARGENTINA ya se había expresado en ese sentido en el año 1986, en el Fallo Bazterrica, sin página

² La inconstitucionalidad, se refiere al artículo 14, segundo párrafo de la ley 23.737 (ARGENTINA, 2010).

años, desde el año 2008 se introdujeron un conjunto de modificaciones discursivas significativas en el escenario de las políticas a nivel nacional, que podrían transformar el ideario criminalizador y patologizante vinculado a los drogadependientes.

Entre los acontecimientos ocurridos durante el bienio 2008-2010, que podrían abonar la hipótesis del potencial surgimiento de un nuevo paradigma de pensamiento, podemos enumerar los siguientes: cambio de discurso del Gobierno Nacional en cuanto a descriminalizar la tenencia de drogas para consumo personal³, Fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en que se despenaliza la posesión de estupefacientes para uso personal si ello no produjera daños a terceros⁴, creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones⁵, sanción de la Ley Nacional de Salud Mental⁶, adecuación de las provincias a los nuevos lineamientos nacionales (en algunas jurisdicciones, esto supuso comenzar a ampliar la red de servicios para la atención de personas drogadependientes), adopción del enfoque de derechos humanos en algunos de los nuevos efectores de la red de atención asistencial, surgimiento de nuevos actores (usuarios y familiares de los Servicios de Salud Mental en general y de drogadependientes en particular, tal como las Madres del PACO⁷ y las agrupaciones de usuarios de marihuana).

La Ley Nacional de Salud Mental plantea lineamientos específicos en cuanto a las políticas, los servicios de atención, como al enfoque de derechos humanos con eje en la disminución del estigma y la discriminación que sufren las personas drogadependientes cuando se vinculan con los efectores de salud. Plantea como objeto:

[...] asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos

humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (ARGENTINA, 2010, ART.1).

En su Artículo 4 establece lineamientos específicos para las adicciones. Expresa que:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. (ARGENTINA, 2010, ART. 4).

Obliga a los servicios y efectores de salud públicos y privados a adecuarse a los principios establecidos. Plantea como un derecho de las personas el no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado (ARGENTINA, 2010, ART. 4 Y 7).

No obstante este conjunto de propuestas y normativas, es innegable que este potencial ‘nuevo paradigma’, convive aún con el del estigma, la punición y la exclusión de drogadependientes en situación de pobreza.

Ciudadanía y padecimiento

La cuestión de las 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 criminalización y estigmatización de drogadependientes en situación de pobreza

El problema de 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

⁴ ARGENTINA, 2009.

⁵ Mediante el decreto 457/2010 (ARGENTINA, 2010, sin página), en el que se alude a “la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud mental, especialmente el cumplimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales o adicciones”.

⁶ ARGENTINA, 1999.

⁷ La abreviatura corresponde a la sustancia Pasta base de Cocaína. Esta agrupación de madres, reclama protección social y suelen denunciar problemas para la atención en salud de sus hijos.

definiciones sociales que se producen acerca del vínculo entre los sujetos y las drogas.

La dimensión del poder, es clave para estudiar la estigmatización, ya no 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. Por ello, algunos autores conceptualizan al sufrimiento producido por estos procesos como maltrato social, vivencia que ha sido denominada como “*oppression illness*” (EPELE, 2002, P.127).

En este punto cabe introducir una precisión con respecto al concepto de enfermedad. La sociología médica parsoniana distingue la enfermedad (*disease*) entendida como conjunto de eventos físicos, biológicos y psíquicos con existencia objetiva de mal de dolencia (*illness*) que refiere al estado subjetivo experimentado por el individuo en el papel de enfermo. Posteriormente se propuso el concepto de *sickness*, para hacer referencia al encuadre social de la enfermedad y la determinación social del papel de enfermo (ALMEIDA FILHO, 2000, P. 87).

La experiencia de enfermedad es la forma en que las personas se sitúan con respecto a la dolencia, esto es, los significados conferidos y las formas de lidiar con la situación. Las respuestas a los problemas producidos por la dolencia, se construyen socialmente y remiten a un mundo compartido de prácticas, creencias y valores (ALVES; RABELO, 1999).

La conceptualización de la estigmatización y la discriminación como procesos sociales está ligada, indefectiblemente, a los estudios sobre desigualdad social. (PARKER; AGGLETON, 2003). Para el abordaje de este punto, es de particular interés tomar uno de los tipos de estigma descritos por Goffman (2006, P.14), aquel que se refiere a “[...] los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad”. Que surgen de informes sobre “[...] perturbaciones mentales, reclusiones,

adiciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas”.

El sufrimiento que producen estas construcciones discursivas en la vida cotidiana de los sujetos, se vincula a formas de violencias que operan en todas las sociedades: “[...] procesos de discriminación, estigmatización, falta de expectativas y desesperanza, marginalización e ilegalidad [...]” (EPELE, 2002, P. 124). La violencia cotidiana se trata de las prácticas y manifestaciones de agresión entre personas, que son útiles para normalizar la “violencia en el nivel microsociedad tal como la pelea doméstica, la delincuencia y la drogadicción” (BOURGOIS, 2002, P. 76).

Al igual que la drogadependencia, el tema de la violencia suele ser resistido para su inclusión en la agenda sanitaria de los países, ya que tradicionalmente ha sido tratado como un problema del ámbito legal y/o de la seguridad pública. Esta escisión en el tratamiento del tema, comienza a desdibujarse en la medida que va teniendo lugar una transición por la cual es cada vez más difícil la conceptualización de enfermedades solamente enmarcadas en el modelo médico positivista. La visión de la complejidad en salud, ha surgido ante la necesidad de ampliar los modelos explicativos tradicionales. Los cuadros de muertes y lesiones producidos, fundamentalmente, por problemáticas sociales ha dado relevancia al rol de la violencia en los procesos de enfermar (MINAYO, 2005).

Los discursos estigmatizantes sobre la drogadependencia, cumplen una función de distorsión, magnificación e invisibilidad de algunas dimensiones del problema. El discurso del crimen asociado a las drogas ilegales, tiene un fuerte componente ideológico y produce un efecto 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.

El problema de la drogadependencia, 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; 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 terapéutica⁸.

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).

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 y necesitan tratamiento para su problema de salud.

La salud es un derecho humano fundamental que implica el acceso universal a los servicios: oportunos, humanizados y adecuados culturalmente (BRASIL, 2007). Desde este enfoque, la accesibilidad a la atención

en salud es “[...] 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; 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 las cuestiones relativas a la salud. La importancia atribuida a las sustancias, ha impedido visualizar que solo un “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 drogadependientes 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 (INCHAURRAGA, 2000; PARKER; AGGLETON, 2003) y los procesos de estigmatización en los servicios de salud (PECHENY ET AL., 2007).

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, se analiza la sospecha como una lógica que estructura una barrera entre los usuarios y el sistema de salud. 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).

Reconocer esta lógica como barrera, supone ampliar las nociones tradicionales sobre problemas económicos, geográficos y culturales.

Un estudio en el que se indagaba representaciones y prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la salud y su

⁸Conrad (1982) 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.

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).

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. Estos procesos pueden conceptualizarse como formas de violencia menos visibles que otras tales como las formas sexuales y/o físicas: “[...] otras formas más silenciosas e invisibles como son las violencias políticas, estructurales y simbólicas [...]” (EPELE, 2002, P. 117).

Desarrollos acerca de la estigmatización, señalan que la lucha contra el estigma, constituye uno de los asuntos más urgentes a nivel mundial,⁹ y que las reacciones sociales de estigma y discriminación, pueden constituir una epidemia más explosiva, que la producida por la propia enfermedad¹⁰: una “epidemia de significados”¹¹ (PARKER; AGGLETON, 2003, P. 14).

Conclusión

En los últimos años se ha venido proponiendo la inclusión, en la agenda política y sanitaria de los países, de la cuestión de la accesibilidad a la atención en salud de personas con diversas problemáticas de salud mental.

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; AGGLETON, 2003).

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. Un planteo de tal magnitud, podría suponer una descategorización de todos los usos de drogas como enfermedad.

En cuanto a la vinculación con el delito, el debate muestra mejores perspectivas 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.

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 que sustituyan las actuales políticas de exclusión y padecimiento. ■

⁹ El comentario corresponde a las declaraciones del director ejecutivo de la Unids en el año 2000 (PARKER; AGGLETON, 2002, P. 2)

¹⁰ Los autores citan el análisis de Mann, quien conceptualiza estas reacciones sociales como “la tercera epidemia” (PARKER; AGGLETON, 2002, P. 1).

¹¹ La definición pertenece a Paula Treichler.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. *La ciencia Tímida*. Ensayo de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. En: _____. (Org.). *Experiência de doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 171-185.
- ARGENTINA. Corte Suprema de Justicia de la Nación. *Fallo Bazterrica*: Bazterrica, Gustavo M. Buenos Aires, 29 ago. 1986.
- _____. Corte Suprema de Justicia de la Nación. *Fallo A. 891. XLIV*: Arriola, Sebastián y otros, Sin causa, n° 9080. Buenos Aires, 25 ago. 2009.
- _____. Decreto n°457. Modificase el Anexo II al artículo 2° del Decreto N° 357/02 el Apartado XX correspondiente al Ministerio de Salud. *Boletín Oficial de La República Argentina*. Buenos Aires, 5 abr. 2010. Disponible: < <http://www.boletinoficial.gov.ar/DisplayPdf.aspx?s=BPBCF&f=20100407>> Acceso: 30 abr. 2013.
- _____. Ley n°. 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derogase la Ley N° 22.914. *Boletín Oficial de La República Argentina*. Buenos Aires, 21 set. 1989. Disponible: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/textact.htm>> Acceso: 30 abr. 2013.
- _____. Ley n°.23.737. Su modificación. Incorporase el artículo 18 bis a la Ley N° 10.903. Reemplazando los artículos 25 y 26 de la Ley N° 20.655 e incorporase a la misma el artículo 26 bis. Derogase los artículos 1° al 11 de la Ley N° 20.771 y sus modificatorias. *Boletín Oficial de La República Argentina*. Buenos Aires, 25 nov. 2010. Disponible: <<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>> Acceso: 30 abr. 2013.
- AUREANO, G. Uso recreativo de drogas ilícitas: una visión política. En: CACERES, C. et al. (Ed.) *La salud como derecho ciudadano*. Lima: UPCH. 2003. p. 45-48.
- BARCALA, A.; STOLKINER, A. Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): estudio de caso. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología*. UBA, VIII, 2000, 282-295.
- BOURGOIS, P. El poder de la violencia en la guerra y la paz. *Apuntes de Investigación del CECyP*, año VI, v. 88, p. 73-98, 2002.
- BRASIL. CARTA DE BRASÍLIA. In: Reunión regional de consulta con la sociedad civil sobre los determinantes sociales de la salud, 2007.
- CATTANI, H. Consumo de drogas: ¿la hora de despenalizar? *Diario La Nación*, Buenos Aires, 6 nov. 2005. Enfoques.
- COMISIÓN LATINOAMERICANA SOBRE DROGAS Y DEMOCRACIA (CLDD) *Drogas y Democracia: Hacia un cambio de paradigma*. Informe de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. Rio de Janeiro: CLDD, 2009.
- CONRAD, P. Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. In: INGLEBY, D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica: La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica-Grijalbo, 1982. p. 129-159.
- CONRAD, P.; Y SCHNEIDER, J. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Columbus-Ohio: Merrill Publishing Company, 1985. p. 1-37.
- EPELE, M. La lógica de la sospecha. Sobre la criminalización del uso de drogas, complot y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras*, Buenos Aires, n. 25, p. 153-170, 2007.
- EPELE, M. Violencias y traumas: Políticas del Sufrimiento Social entre Usuarías de Drogas. *Cuadernos de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras*, Buenos Aires, n. 14, p. 117-137, 2002.
- FREIDSON, E. La construcción profesional de conceptos de enfermedad. In: _____. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1978. p. 247-300.
- GALENDE, E. Subjetividad y cultura: el malestar de la individuación. In: _____. *De un horizonte incierto*. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós, 1997. p. 63-132.

- GARCÍA, E. Consumo de drogas: ¿la hora de despenalizar? Cuál sería el beneficio de un cambio. *Diario La Nación*, Buenos Aires, 6 nov. 2005. Enfoques.
- GOFFMAN, E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- GONZÁLEZ, C. Aspectos Legislativos. In GRUPIA y colaboradores. *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 2000. p. 189-240.
- INCHAURRAGA, S. Sida sobre la transitoriedad del sujeto y la cultura. In: BARRIONUEVO, J. (Comp.) *Clínica psicoanalítica al límite*. Buenos Aires: Gabas, 2000. p. 5-72.
- MENÉNDEZ, E. L. El modelo médico hegemónico. In: _____. *Morir de alcohol: saber y Hegemonía Médica*. México: Ediciones de la Casa Chata, 1990. p. 83-117
- METAAL, P. *La dimensión ética de las políticas de drogas: La moralidad frente a un enfoque basado en los derechos*. Amsterdam: Transnational Institute, 2008, p. 18-25. (Programa Drogas y Democracia).
- MINAYO, M. C. S. Relaciones entre Procesos Sociales, Violencia y Calidad de Vida. *Salud Colectiva*, v. 1, n. 1, p. 69-78, 2005.
- OCAÑA, V. *Jornadas: Dirección de Promoción del Liberado*. [internet] Disponible en: <http://www.plb.gba.gov.ar/gba/plb/ejecpenal/fotos_mendoza/Lic.%20Viviana%20Oca%Fla.pdf>. Acceso en: 23 ene. 2008.
- PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, New York, n. 57, p. 13-24, 2003.
- PECHENY, M., et al. La ciudadanía de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. In: LÓPEZ, E.; PANTELIDES, E. (Comp.) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP; CEDES; AEPA; UNFPA, 2007. p. 195-230.
- STOLKINER, A. Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental. In SAIDÓN O; TROIANOVSKY, P. (Comp.) *Políticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar, 1994. p. 22-53.
- THE UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY SPECIAL SESSION (UNGASS). *Declaración Política aprobada: Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas*. ONU: Nueva York, 1998.
- VÁZQUEZ, A. *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*. 2006. Tesis (Maestría en Psicología). – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.
- VÁZQUEZ, A; ROMANÍ, O. Drogadependencia, estigma y exclusión en salud. Barreras de accesibilidad de drogadependientes a Servicios de Salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 19. Buenos Aires: Facultad de Psicología, 2012. p. 159-166.
- VÁZQUEZ-ACUÑA, M. Coerción: un factor importante que restringe el acceso de usuarios de drogas y trabajadoras sexuales al sistema de salud. In: INCHAURRAGA, S. (Comp.). *Drogas y Drogodependencias: Teoría, clínica e instituciones*. Rosario: UNR, 1997. p. 49-56.

Recebido para publicação em abril de 2013
 Versão final em maio de 2014
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve