
Resumen de los debates llevados a cabo durante la consulta técnica informal para promover actitudes no estigmatizantes, y así asegurar la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud, asistenciales y sociales para los consumidores de drogas, 14-16 de enero de 2020, Viena, Austria

Presentado como documento de sesión E/CN.7/2022/CRP.13 a la Comisión de Estupefacientes para su información en su sexagésimo sexto período de sesiones, 14 a 18 de marzo de 2022, Viena, Austria

Este documento no ha sido editado formalmente

Índice

Siglas	3
Marco internacional	6
Comprensión de las actitudes estigmatizantes	8
Fomento de actitudes no estigmatizantes	16
Ejemplos de buenas prácticas.....	22
Conclusión	26
Anexo	27

Siglas

CND	Comisión de Estupefacientes
CSRH	Centro de Investigación Social en Salud
MHCC	Comisión de Salud Mental de Canadá
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UNGASS	Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Introducción

El presente documento resume los debates que se llevaron a cabo durante una consulta técnica informal organizada por la UNODC del 14 al 16 de enero de 2020 en Viena, en respuesta a la resolución 61/11 "Promover actitudes no estigmatizantes para asegurar la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud y atención y servicios sociales para los consumidores de drogas". La resolución instaba a la UNODC a "integrar la concientización sobre las actitudes estigmatizantes en los programas de formación existentes para los organismos con tareas en los ámbitos de la salud y atención y los servicios sociales, y otros funcionarios pertinentes...".¹

En la consulta técnica informal, los participantes reflexionaron sobre las buenas prácticas en este ámbito basándose en sus experiencias e investigaciones. La UNODC expresa su agradecimiento a todos los que aportaron sus conocimientos, ideas y experiencia.

A modo de resumen de los debates, el documento se limita a proporcionar una sinopsis de los estudios y ejemplos analizados por los participantes, que abarcan tanto la comprensión de las actitudes estigmatizantes como la promoción de actitudes no estigmatizantes a fin de garantizar el acceso a los servicios. Conscientes de que dichos estudios y ejemplos pueden no ser relevantes a nivel universal, se presentan con el ánimo de compartir información y experiencias que puedan servir de base a esfuerzos integrales y equilibrados con vistas a fomentar actitudes no estigmatizantes que garanticen la disponibilidad de servicios, teniendo en cuenta los contextos nacionales, legales, culturales y socioeconómicos. Los ejemplos de este documento también pueden contribuir a los esfuerzos por integrar la concientización sobre las actitudes estigmatizadoras en los programas de capacitación de los organismos pertinentes.

Para preparar la consulta técnica informal, la UNODC llevó a cabo un proceso de varias fases para recopilar evidencia científica, buenas prácticas y experiencias.² Este proceso se presentó a título informativo en el 63º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes en el documento de sesión E/CN.7/2020/CRP.11 *Nota de la Secretaría sobre la aplicación de la resolución 61/11 "Promover actitudes no estigmatizantes para asegurar la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud, atención y servicios sociales"*.

En la primera fase del proceso, la UNODC llevó a cabo una revisión de la documentación científica y realizó una convocatoria a todos los Estados Miembros para identificar expertos que pudieran servir como puntos focales para este proceso.³ En total, 28 Estados Miembros

¹ Comisión de Estupefacientes (2020), Resolución 61/11 Promover actitudes no estigmatizantes para asegurar la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud y atención y servicios sociales para los consumidores de drogas (https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/CND_res2018/CND_Resolution_61_11.pdf).

² La UNODC agradece el apoyo financiero prestado por el Gobierno de Canadá en las diversas fases de este proceso.

³ Nota Verbal CU 2019/64/DO/DHB/PTRS.

designaron a 31 expertos, a los que se pidió que aportaran sus ideas, experiencias e información científica a través de una consulta online. Esta consulta también se abrió a todos los integrantes del Comité de ONG de Viena, con el fin de involucrar a los actores de la sociedad civil.⁴

Los resultados de la revisión de la documentación y de la consulta online sirvieron de base para la segunda fase del proceso, una consulta técnica informal y presencial organizada por la UNODC del 14 al 16 de enero de 2020. Entre los casi 50 participantes se encontraban los expertos designados por los Estados Miembros quienes habían realizado importantes aportes en las consultas online, cuatro representantes designados por los Comités de ONG de Viena y Nueva York, así como un número limitado de investigadores particularmente significativos cuyos nombres surgieron a partir de la revisión de la bibliografía científica. Además, con el fin de coordinar esfuerzos con otras entidades pertinentes de las Naciones Unidas para apoyar una mayor concientización sobre los efectos negativos de las actitudes estigmatizantes en la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud, de atención y sociales para los consumidores de drogas, la UNODC invitó a representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de otras tres organizaciones regionales e internacionales. En el anexo del presente resumen figura la lista de participantes.

Los objetivos de la consulta técnica informal eran identificar y reunir información sobre buenas prácticas relacionadas con la resolución 61/11 y, en particular, en relación con:

- Generar mayor conciencia sobre los efectos negativos de las actitudes estigmatizadoras en la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud, de atención y sociales para los consumidores de drogas;
- Promover actitudes no estigmatizantes en el desarrollo y la implantación de políticas científicas, basadas en la evidencia, relacionadas con la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud, de atención y sociales para quienes consumen drogas.

A lo largo de las diferentes fases del proceso, se asumió el compromiso de invitar a las poblaciones afectadas⁵ a aportar sus experiencias sobre actitudes estigmatizantes en relación con la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios. Este compromiso contribuyó significativamente a un diálogo constructivo durante la consulta técnica informal.

⁴ Comisión de Estupefacientes (2020), E/CN.7/2020/CRP.11 Nota de la Secretaría sobre la aplicación de la resolución 61/11 "Promover actitudes no estigmatizantes para asegurar la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud, atención y servicios sociales" (https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_63/CRPs/ECN72020_CRP11_e_V2_001458.pdf).

⁵ En el contexto del presente documento, y con el único fin de mejorar la comprensión del texto, el término "poblaciones afectadas" se refiere a las personas que consumen sustancias psicoactivas, incluido el consumo no médico de sustancias controladas, y a las personas con trastornos por consumo de sustancias, estén o no en tratamiento y en contacto con el sistema de salud, y hayan emprendido o no un camino de recuperación o se encuentren en proceso de recuperación.

Marco internacional

La Resolución 61/11 de la Comisión de Estupefacientes (CND) se aprobó en respuesta a una serie de compromisos contraídos por los Estados Miembros en los últimos años. Uno de los motores que impulsó la necesidad de esta resolución fue el Documento Final del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas⁶ (UNGASS) de 2016, en el que los Estados Miembros “Reafirmaron su determinación de hacer frente al problema mundial de las drogas y de promover activamente una sociedad libre del uso indebido de drogas, a fin de ayudar a garantizar que todas las personas puedan vivir con salud, dignidad, paz, seguridad y prosperidad, y reafirmaron su determinación de abordar los problemas sociales, de salud pública y de seguridad derivados del uso indebido de drogas.” Promover actitudes no estigmatizantes para asegurar los servicios de salud, de atención y sociales está claramente vinculado al marco del Documento Final de la UNGASS y a las recomendaciones operativas sobre reducción de la demanda y medidas relacionadas, incluidas la prevención y el tratamiento, así como otras cuestiones relacionadas con la salud.

En el Documento Final de la UNGASS, los Estados Miembros reconocieron que “la drogodependencia es un trastorno de la salud complejo en el que intervienen múltiples factores, que se caracteriza por su naturaleza crónica y recurrente con causas y consecuencias sociales y que se puede prevenir y tratar”.⁷ Se fomenta la participación voluntaria de personas con trastornos relacionados con las drogas en programas de tratamiento, rehabilitación y asistencia con su consentimiento informado, en todos los niveles de la programación en materia de salud, así como “campañas y programas de divulgación...a fin de prevenir la marginación social y promover actitudes no estigmatizantes, así como alentar a los consumidores de drogas a que soliciten tratamiento y atención, y adoptar medidas que faciliten el acceso al tratamiento y amplíen la capacidad”.⁸ A continuación, el documento aborda el acceso sin discriminación a una amplia variedad de intervenciones, incluidas, entre otras, las modalidades de tratamiento psicosocial, conductual y asistido con medicación, de conformidad con la legislación nacional. Se presta especial atención a las necesidades de las personas que se encuentran en el sistema de justicia penal, las mujeres, los niños y niñas y los jóvenes.

⁶ UNODC (2016), Documento Final del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas de 2016, Nueva York, 19-21 de abril de 2016: Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. (<https://www.unodc.org/documents/postungass2016//outcome/V1603301-E.pdf>).

⁷ Ibid., página 6

⁸ Ibid., página 6, párrafo (j)

Los tres tratados de fiscalización internacional de drogas⁹ se centran en la atención de la salud y el bienestar de la humanidad, y a lo largo de los años varias resoluciones han apoyado un enfoque de firme reducción de la demanda de drogas basado en la ciencia y en pruebas que demuestran su eficacia. En particular, la resolución 57/4 de la CND reconoció que los esfuerzos de apoyo a la recuperación de trastornos causados por el consumo de drogas deben ser coherentes con las obligaciones en materia de derechos humanos y enmarcarse en los tratados de fiscalización internacional de drogas, y alentó a los Estados Miembros a tomar medidas que garanticen una actitud de no estigmatización hacia quienes buscan ayuda o están en proceso de recuperación, para ayudar a reducir la marginación y la discriminación y fomentar la reinserción social, en colaboración con los diferentes niveles de autoridad gubernamental y, cuando proceda, con la sociedad civil y las comunidades. La resolución 57/4 también instó a los Estados Miembros a que faciliten los intercambios con miras a la elaboración de un enfoque de atención permanente al tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, similar al aplicado a otras afecciones crónicas, y que apoyen y respalden la implementación de programas de recuperación, según corresponda, en escuelas, universidades, lugares de trabajo, comunidades y otros ámbitos. La resolución aboga por un enfoque global, integrado y equilibrado para la reducción de la demanda de drogas que promueva y proteja la salud y la seguridad de las personas, las familias y las comunidades, al tiempo que fomente actitudes no estigmatizadoras.

En la resolución 61/11, los Estados Miembros reconocen que la marginación, las actitudes estigmatizantes, la discriminación y el miedo a las repercusiones sociales, laborales o legales pueden disuadir a muchas personas necesitadas de acceder a la ayuda, y llevar a quienes se recuperan de forma estable y a largo plazo de un trastorno por consumo de drogas a evitar revelar su condición de persona en recuperación. Las medidas que se adopten para reducir las actitudes estigmatizantes y la discriminación deben hacerse teniendo en cuenta otros documentos de derechos humanos existentes, para así garantizar que los consumidores de drogas tengan los mismos derechos que cualquier otro ciudadano a una atención médica de alta calidad, ya sea para el tratamiento del consumo de drogas o para otras afecciones de salud y que, además, tengan el mismo derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que les permita llevar una vida digna. Estos documentos de derechos humanos son los siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos ¹⁰
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ¹¹

⁹ UNODC (2013), Los Tratados de Fiscalización Internacional de Drogas (https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf).

¹⁰ Naciones Unidas (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos (<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>).

¹¹ Naciones Unidas (2006), Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>).

- Convención sobre los Derechos del Niño¹²
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹³

Otro marco importante es la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por los Estados Miembros en 2015 y que constituye un plan para abordar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).¹⁴ El ODS 3 garantiza una vida sana y promueve el bienestar para todos en todas las edades. Promover actitudes no estigmatizadoras para garantizar la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud, de atención y sociales para todas las personas, incluidos los consumidores de drogas, contribuirá a cumplir el ODS 3 y, en particular, la meta 3.5 sobre el fortalecimiento de la prevención y el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y drogas. Además, el fomento de actitudes no estigmatizantes puede contribuir a mejorar los resultados de otros ODS, así como a sostener cambios que ayudarán en las agendas de desarrollo a nivel mundial y nacional.

Comprensión de las actitudes estigmatizantes

El debate sobre las actitudes estigmatizantes y el estigma sigue siendo complejo y no ha sido investigado en profundidad, e incluye una serie de cuestiones en las que no se ha alcanzado un consenso. Estas cuestiones están relacionadas tanto con las políticas que pueden contribuir al estigma (por ejemplo, en el sector de la salud, en la aplicación de leyes, en la justicia penal, en la educación, etc.), como con los efectos del estigma en sí mismo. Todo ello puede verse como un proceso ininterrumpido, y la información que contiene este resumen pretende informar e inspirar los debates en curso al presentar consideraciones sobre la naturaleza de las actitudes estigmatizantes y el estigma, y sobre las estrategias eficaces para reducirlas como obstáculo para el acceso de las poblaciones afectadas a los servicios de salud, asistenciales y sociales. En este contexto, debe destacarse la importancia de las intervenciones voluntarias en todos los servicios, incluidos los de prevención, tratamiento, rehabilitación, apoyo a la recuperación, asistencia y servicios de fácil acceso eficaces y basados en la evidencia.

A pesar del compromiso y el apoyo internacional para abordar el problema mundial de las drogas, la marginación, las actitudes estigmatizantes y la discriminación siguen siendo obstáculos para las poblaciones afectadas, lo que incide en el acceso a los servicios de salud, asistenciales y sociales. Una revisión sistemática de la bibliografía al respecto reveló que las actitudes negativas hacia los pacientes con trastornos por consumo de sustancias eran habituales entre los profesionales de la salud, que en general no tenían la educación, la

¹² Naciones Unidas (1989) Convención sobre los Derechos del Niño (<https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text#>)

¹³ Naciones Unidas (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>).

¹⁴ Naciones Unidas (2015), Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>).

formación y el apoyo suficientes, ni los conocimientos, actitudes y creencias apropiados para atender a estos pacientes de forma adecuada. Las actitudes negativas de los profesionales de la salud redujeron la percepción de empoderamiento por parte de los pacientes y estuvieron acompañadas de una menor empatía y un enfoque más distante y orientado a las tareas de cuidado, así como de resultados deficientes en el tratamiento de los pacientes.¹⁵ Un estudio posterior de los mismos autores comparó las actitudes de los especialistas en prevención, tratamiento y atención de drogodependencias, los médicos generalistas y el público en general. La mayoría o grandes porcentajes de los tres grupos se mostraron pesimistas sobre la probabilidad de que las personas con trastornos por consumo de sustancias puedan recuperarse, encontrar un lugar donde vivir o mantener un trabajo normal, a pesar de la evidencia científica de que la gente efectivamente puede recuperarse y de que el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias puede ser efectivo.

Las actitudes estigmatizantes hacia las poblaciones afectadas se reflejan en su denominación cotidiana con términos que serían inapropiados en asociación con otras condiciones de salud física o mental. El impacto de este lenguaje no es positivo. No sólo refleja actitudes estigmatizantes, sino que contribuye a perpetuarlas y a suscitarlas. Las investigaciones sugieren que su uso en referencia a las poblaciones afectadas influye en las percepciones, los juicios y las creencias, incluso entre médicos altamente calificados que obtuvieron doctorados en salud mental y en trastornos por consumo de sustancias. Un estudio halló que estos clínicos eran más propensos a culpar al sujeto de una viñeta clínica y a estar de acuerdo con la necesidad de castigo cuando se le asignaba aleatoriamente a una viñeta en la que se describía al sujeto como "adicto", en comparación con un grupo que respondía a una viñeta idéntica en la que se describía al individuo como "persona con un trastorno por consumo de sustancias".¹⁶ Otros estudios han arrojado resultados similares en diversas poblaciones.¹⁷¹⁸

19 20

¹⁵ van Boekel, L. C., Brouwers E. P. M., van Weeghel, J., y H. F. L. Garretsen (2013), *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug and Alcohol Dependence.* 131(1-2):23-35 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>).

¹⁶ Kelly, J. F., y C. M. Westerhoff (2010), *Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms.* Revista Internacional de Política de Drogas. 21(3):202-7 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>).

¹⁷ Kelly, J. F., Dow, S. J., y C. Westerhoff (2010), *Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? An empirical investigation with two commonly used terms.* Journal of Drug Issues. 40(4):805-18 (<https://doi.org/10.1177/002204261004000403>).

¹⁸ Ashford, R. D., Brown, A. M., McDaniel, J., y B. Curtis (2019), *Biased labels: An experimental study of language and stigma among individuals in recovery and health professionals.* Substance Use and Misuse. 54(8): 1376-84 (<http://dx.doi.org/10.1080/10826084.2019.1581221>).

¹⁹ Ashford, R. D., Brown, A. M., y B. Curtis (2019), *The language of substance use and recovery: Novel use of the go/no-go association task to measure implicit bias.* Health Communication. 34(11):1296-302 (<http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2018.1481709>).

²⁰ Kennedy-Hendricks, A., Barry, C. L., Gullust, S. E., Ensminger, M. E., Chisholm, M. S., y E. E. McGinty (2017), *Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: Associations with public support for punitive and public health-oriented policies.* Psychiatric Services. 68(5):462-9 (<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201600056>).

Existe un amplio consenso entre los expertos sobre el hecho de que las actitudes estigmatizadoras tienen una serie de repercusiones negativas en las poblaciones afectadas y en los esfuerzos por tratar el consumo de drogas y los trastornos relacionados con el consumo de drogas a escala local, nacional e internacional. Estos efectos negativos son, entre otros, la exclusión social y las políticas y prácticas que impiden o dificultan el acceso a los servicios básicos, así como a una vivienda y un empleo seguros y estables.

Las actitudes estigmatizantes también están presentes en las poblaciones afectadas y en sus familias, lo que provoca autoinculpación, vergüenza, culpa y la creencia de que uno no puede superar su condición y de que su identidad está, en mayor o menor grado, definida por su historial de trastornos por consumo de sustancias y sus consecuencias. Esto puede reforzar los patrones de conducta negativos y opacar la esperanza de un futuro mejor, lo que es esencial para llevar a cabo los cambios necesarios para superar los trastornos por consumo de sustancias.

Las actitudes estigmatizantes se manifiestan a través de una serie de experiencias de vida y retos. Este resumen se centra en las actitudes estigmatizantes hacia quienes consumen drogas, y señala que existen elementos comunes y coincidencias con el estigma que sufren las personas con problemas de salud mental. Ambos grupos de población afirman ser objeto de estereotipos, prejuicios y discriminación. Sin embargo, las investigaciones informan sistemáticamente que "las personas catalogadas como drogadictas son vistas como más culpables y peligrosas en comparación con los individuos con enfermedades mentales que, a su vez, son vistos con mayor dureza que aquellos con discapacidades físicas"²¹. Las investigaciones también sugieren que las personas que consumen alcohol o drogas están más estigmatizadas que las que fuman cigarrillos o son obesas.²²

Los profesionales de la salud sin formación o con una formación deficiente pueden, al encontrarse con una persona que consume drogas, avergonzarla, desacreditar su palabra o la descripción de sus experiencias, culparla de padecer un trastorno por consumo de drogas o reducir o rechazar su atención. Desafortunadamente, incluso los profesionales con buenas intenciones pueden perpetuar actitudes estigmatizantes al segregar a las personas con trastornos por consumo de drogas, utilizar un lenguaje que transmite un juicio explícito o implícito de la persona y mostrar poca empatía hacia el paciente, lo que se traduce en peores resultados en materia de salud.²³ Si bien el consumo de drogas puede tener consecuencias negativas para el individuo, su familia y la comunidad, hay que tener en cuenta que, en los

²¹ Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., y J. O'Shaughnessy (2009), *The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample*. *Journal of Social Work*. 9(2):139-47 (<http://dx.doi.org/10.1177/1468017308101818>).

²² Phillips, L. A., y A. Shaw (2013), *Substance use more stigmatized than smoking and obesity*. *Journal of Substance Use*. 18(4):247-53 (<http://dx.doi.org/10.3109/14659891.2012.661516>).

²³ van Boekel, L. C., Brouwers E. P. M., van Weeghel, J., y H. F. L. Garretsen (2013), *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review*. *Drug and Alcohol Dependence*. 131(1-2):23-35

casos de trastornos por consumo de drogas, los comportamientos que causan daño son en gran medida sintomáticos de una enfermedad crónica. En 1946, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...", y su preámbulo define la salud como: "... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".²⁴

La definición de estigma en el diccionario es la de "marca de vergüenza o descrédito", y la forma plural "estigmas" se define como "marca o característica identificativa, en particular: signo diagnóstico específico de una enfermedad".²⁵ En una de las obras más importantes sobre el tema, el sociólogo Erving Goffman definió el estigma como un atributo "profundamente desacreditador" que descalifica a una persona "de la plena aceptación social". De hecho, Goffman llegó a describir el estigma como una "identidad estropeada".²⁶ Las actitudes estigmatizantes asociadas a las poblaciones afectadas a menudo se traducen en discriminación, que se experimenta cuando buscan servicios en centros de salud.

El estigma también puede describirse como una sumatoria de pensamientos, actitudes y rótulos negativos que sirven para excluir o provocar la separación social de los miembros de grupos socialmente definidos, perjudicando a los integrantes de dicho grupo. Del mismo modo, la discriminación puede definirse como el acto de tratar a alguien que consume drogas de forma diferente a los demás, sobre la base de estas actitudes estigmatizantes. El estigma como concepto puede asociarse a pensamientos, percepciones y juicios, mientras que la discriminación está asociada a acciones. Para las poblaciones afectadas, el estigma y la discriminación actúan en forma conjunta para reducir la búsqueda de atención médica y, potencialmente, las oportunidades de salud, atención, servicios sociales,²⁷ empleo e inclusión social de calidad. Además, los miembros de las comunidades sometidas a este estigma pueden estar de acuerdo y aplicarse a sí mismos estos pensamientos, actitudes y etiquetas negativas en un fenómeno conocido como autoestigma.

Históricamente, el estigma se basa en diferencias percibidas y reales en la identidad social e individual. En algunos países, el estigma relacionado con la etnia, la edad, la orientación sexual, la discapacidad u otros "marcadores" se ha utilizado para rechazar o desacreditar socialmente a las personas. Mientras que las diferentes condiciones sociales (por ejemplo, hombre o mujer, rico o pobre) se consideran normales dentro de una jerarquía social percibida, las características objeto de estigma, como el consumo de sustancias, las

²⁴ OMS (1946), Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

²⁵ <https://www.merriam-webster.com/dictionary/stigma>

²⁶ Goffman, E. (1963), *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Nueva York: Simon & Schuster

²⁷ Corrigan, P., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Kulesza, M., Kane-Willis, K., Qin, S., y D. Smelson (2017), *Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the mental health stigma literature*. *American Journal on Addictions*. 26(1):59-66 (<https://doi.org/10.1111/ajad.12458>).

enfermedades mentales o una condena previa se consideran anormales, lo que provoca incertidumbre, tensión y rechazo en las interacciones sociales.²⁸

Las investigaciones sugieren que la condición social percibida puede afectar la medida en que se aplican actitudes estigmatizadoras a las personas. Por ejemplo, un estudio realizado en los Estados Unidos de América reveló que las narrativas que describían el éxito del tratamiento de los trastornos por consumo de opiáceos de venta bajo receta durante el embarazo, afectaban a las actitudes del público de forma positiva si el sujeto implicado era de un alto nivel socioeconómico. Por el contrario, la narrativa no cambiaba las actitudes si la mujer tenía un nivel socioeconómico bajo, lo que sugiere que el estigma y la condición social interactúan.²⁹ Sin embargo, el estudio también halló que las narrativas que abordaban los obstáculos a los que se enfrentaba una mujer de bajo nivel socioeconómico para recibir tratamiento aumentaban el apoyo para ampliar la cobertura del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y reducían el apoyo a las políticas punitivas.³⁰ Por ello, las estrategias de comunicación pueden ser de vital importancia para los formuladores de políticas que pretendan reducir los efectos negativos de las actitudes estigmatizantes en las poblaciones afectadas.

Algunos marcadores asociados al estigma, como el color de la piel o la discapacidad física, pueden ser observados a simple vista. Otros, como el acento o una dificultad en el habla, pueden oírse. Otros marcadores de estigma, como las enfermedades mentales o los trastornos por consumo de sustancias, pueden no ser percibidos a simple vista, excepto en casos de crisis aguda o cuando se observan marcadores de consumo de drogas o efectos secundarios de medicamentos psicotrópicos. Estos tipos de estigma "ocultos" pueden manifestarse como calificativos que los individuos reciben en función de su pertenencia percibida a una clase, de suposiciones sobre el comportamiento observado o de su diagnóstico.³¹ Dado que estos marcadores sólo resultan evidentes cuando una persona recibe un diagnóstico o busca tratamiento para la enfermedad, el deseo de evitar tal calificativo puede ser a menudo una poderosa barrera para acceder a los servicios de tratamiento.

Las investigaciones sobre el estigma ligado a las enfermedades mentales son más numerosas que las dedicadas al estigma ligado al consumo de drogas y a los trastornos por consumo de sustancias. Sin embargo, en los últimos años esta última ha ido en aumento. Además, las investigaciones demuestran sistemáticamente que el estigma asociado a los trastornos por consumo de drogas es mayor que el asociado a las enfermedades mentales³², y que el estigma

²⁸ Phelan, J. C., Lucas, J. W., Ridgeway, C. L., y C. J. Taylor (2014), *Stigma, status, and population health*. *Social Science & Medicine*. 103:15-23 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.004>).

²⁹ Kennedy-Hendricks, A., McGinty, E. E., y C. L. Barry (2016), *Effects of competing narratives on public perceptions of opioid pain reliever addiction during pregnancy*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 41(5):873-916 (<http://dx.doi.org/10.1215/03616878-3632230>).

³⁰ Ibid

³¹ Goffman, E. (1963), *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Nueva York: Simon & Schuster.

³² Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B., y H. H. Goldman (2014), *Stigma, discrimination, treatment*

hacia las personas con trastornos por consumo de drogas prevalece entre los profesionales de la salud, lo que afecta el acceso, la calidad y los resultados de la atención. La discriminación entre las poblaciones afectadas también está asociada a resultados deficientes en materia de salud y salud conductual, mientras que, en este grupo, la alienación social está relacionada con una salud conductual deficiente.³³

Es necesario seguir investigando hasta qué punto el estigma contra las personas que consumen drogas puede diferir del que experimentan las personas que cumplen con los criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de drogas. Sin embargo, cada vez hay más estudios sobre factores como el encuadre y la condición social en el estigma asociado a los trastornos por consumo de sustancias. Los términos estigmatizantes (como "adicto" o "yonqui") se asocian con la atribución de culpa al individuo con trastornos por consumo de sustancias y producen respuestas más estigmatizantes que la terminología que describe a los trastornos por consumo de sustancias como una enfermedad o un problema de salud.

En el debate, los participantes mencionaron tres tipos de estigma: 1) estigma público o social, cuando un grupo manifiesta actitudes negativas y discriminatorias, etiquetas y estereotipos contra otros, 2) autoestigma, cuando una persona interioriza el rótulo o estereotipo que se le asigna, y 3) estigma estructural, cuando las políticas, normas o estructuras de la sociedad están influidas por el estigma, contribuyen a él o sirven directa o indirectamente para estigmatizar y discriminar.

El autoestigma surge de la interiorización de estereotipos y prejuicios y de su aplicación a uno mismo. Esta dinámica compleja merece especial atención en futuras investigaciones. Gran parte de la investigación actual en torno al autoestigma está relacionada con la salud mental.

Corrigan *et al.* han trabajado en un modelo de cuatro fases del autoestigma en materia de salud mental³⁴ que incluye: 1) conocimiento de cuál es la percepción pública de la salud mental, 2) estar de acuerdo con o ratificar la percepción pública independientemente de la experiencia real, 3) aplicar la percepción pública de la salud mental a uno mismo y, por último, 4) tener menor autoestima por interiorizar la percepción pública negativa de la enfermedad mental, independientemente de su realismo.

En 2017, Matthews, Dwyer y Snoek publicaron "*Stigma and Self-Stigma in Addiction*"³⁵

effectiveness and policy support: comparing public views about drug addiction with mental illness. Psychiatric Services. 65(10):1269-72 (<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>).

³³ Ahern, J., Stuber, J., y S. Galea (2007), *Stigma, discrimination and the health of illicit drug users*. Drug and Alcohol Dependence. 88(2-3):188-96 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>).

³⁴ Corrigan, P. W., Rafacz, J., y N. Rüsch (2011), *Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. Psychiatry Research.* 189(3):339-43

³⁵ Matthews, S., Dwyer, R., y A. Snoek (2017), *Stigma and self-stigma in addiction*. Journal of Bioethical Inquiry. 14(2):275-86 (<http://dx.doi.org/10.1007/s11673-017-9784-y>).

(Estigma y autoestigma en la adicción), que analiza la relación entre el estigma público y el autoestigma en lo que respecta a las conductas vinculadas al consumo de sustancias. Los autores plantean la hipótesis de que los estereotipos negativos de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias se interiorizan y forman un "circuito" dentro de la dinámica de los pensamientos y comportamientos del individuo. El estudio cualitativo que realizaron con personas con trastornos por consumo de sustancias describe un efecto directo de la estigmatización pública, que contribuye a generar un sentimiento de vergüenza y da lugar a un patrón de consumo de sustancias motivado por la necesidad de olvidar, borrar o evitar este sentimiento de vergüenza. Los resultados del estudio cualitativo apoyan firmemente las políticas y programas sociales que disminuyen el lenguaje que promueve actitudes estigmatizantes y apoyan estructuras de soporte social inclusivas. Ello resulta coherente con la investigación centrada en la esquizofrenia, que analiza los factores sociales y estructurales que contribuyen a la sensación de exclusión social y a la interiorización de los prejuicios sociales.³⁶

El estigma estructural abarca políticas, leyes, reglamentos y prácticas que influyen en el diseño o la aplicación de los servicios de salud, asistenciales y sociales. El estigma estructural puede estar ampliamente difundido y ser difícil de reconocer, y contribuye a resultados adversos en la salud de los integrantes del grupo estigmatizado.³⁷ Algunos ejemplos de estigma estructural son las leyes, las políticas y las prácticas informales que impiden que una persona que en la actualidad está o haya estado vinculada al sistema de justicia penal debido a un delito relacionado con el consumo de drogas obtenga una licencia de conducir, consiga un trabajo remunerado o una vivienda. En un sentido amplio, el estigma estructural está encapsulado en políticas y prácticas que marginan a las poblaciones afectadas, impidiéndoles así el acceso a servicios de salud, de atención o sociales. Otro ejemplo de estigma estructural se observa cuando las poblaciones afectadas no pueden acceder a la calidad y cantidad de servicios de salud y sociales que suelen estar disponibles para otros. El hecho de reconocer y modificar las prácticas institucionales que marginan a un grupo determinado tiene el potencial de cambiar de un modo positivo las normas culturales y permitir así un mayor acceso a los servicios de salud, asistenciales y sociales.³⁸

³⁶ Mora-Rios, J., Ortega-Ortega, M., y G. Natera (2016), *Subjective experience and resources for coping with stigma in people with a diagnosis of schizophrenia: An intersectional approach*. *Qualitative Health Research*. 26(5):697-711 (<https://doi.org/10.1177/1049732315570118>).

³⁷ Hatzenbuehler, M. L. (2016), *Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science*. *American Psychologist*. 71(8):742-51 (<https://doi.org/10.1037/amp0000068>).

³⁸ Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., y P.Y. Collins (2004), *Measuring mental illness stigma*. *Schizophrenia Bulletin*. 30(3):511-41 (<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>).

Estudio de caso: Proyecto de Monitoreo de Indicadores de Estigma

El Centro de Investigación Social en Salud (CSRH, por su sigla en inglés), dirigido por la Profesora de Ciencias Carla Treloar, lleva a cabo investigaciones sociales y conductuales para comprender mejor los factores individuales, sociales y estructurales que influyen en las conductas, experiencias y resultados en materia de salud. El CSRH colabora estrechamente con socios en la comunidad, no gubernamentales y gubernamentales para garantizar que la investigación contribuya a la elaboración de políticas y prácticas adecuadas y eficaces a nivel local, nacional e internacional.

Desde 2015, el Ministerio de Salud de Australia ha proporcionado financiación al CSRH para desarrollar e implementar el Proyecto de Monitoreo de Indicadores de Estigma. El objetivo de este proyecto es desarrollar un indicador del estigma entre los grupos prioritarios identificados en las cinco estrategias nacionales que abordan los virus transmitidos por sangre y las infecciones de transmisión sexual, incluidas las personas que se inyectan drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas con VIH, las personas con hepatitis víricas (B y C) y las personas que ejercen el trabajo sexual.

Dentro de cada una de las cinco estrategias hay un objetivo para "eliminar el impacto negativo de la estigmatización, la discriminación y las cuestiones legales y de derechos humanos en la salud de las personas". El Proyecto de Monitoreo pretende identificar indicadores y formas de medir el estigma y monitorear el progreso hacia estos objetivos. Por ejemplo, en 2018, las preguntas incluidas en una encuesta online a trabajadores de la salud preguntaban si tendrían una actitud negativa hacia otras personas debido a determinados atributos, o si habían presenciado actitudes negativas de otros trabajadores de la salud hacia otras personas en los últimos 12 meses debido a la presencia de esos mismos atributos.

El Proyecto de Monitoreo está en marcha e incluye informes sobre el debate en torno al estigma, tales como "Stigma Indicators Monitoring Project Summary: Health Workers" (Resumen del Proyecto de Monitoreo de Indicadores de Estigma: Trabajadores de la Salud) y "Stigma Indicators Monitoring Project Summary: People who Inject Drugs / Hepatitis C among People who Inject Drugs" (Resumen del Proyecto de Monitoreo de Indicadores de Estigma: Personas que se inyectan drogas / Hepatitis C entre personas que se inyectan drogas). El proyecto también ha publicado una serie de artículos en revistas que ponen de relieve el impacto del estigma, también en las personas que se inyectan drogas. Todo el material relacionado con el Proyecto de Monitoreo de los Indicadores de Estigma puede consultarse en el sitio web: <https://www.arts.unsw.edu.au/centre-social-research-health/our-projects/stigma-indicators-monitoring-project>.

Fomento de actitudes no estigmatizantes

La reducción del estigma mejorará el acceso de las poblaciones afectadas a los servicios de salud, asistenciales y sociales. En 2016, la revista *American Journal on Addictions* publicó un artículo en el que se proponían tres enfoques distintos para abordar el estigma entre los diferentes grupos de actores que desempeñan un papel en la perpetuación o la reducción del estigma.³⁹ Estos son: 1) un enfoque basado en los servicios que trata de disminuir el estigma para que las personas sean más propensas a buscar servicios cuando los necesitan, 2) un enfoque basado en los derechos que se centra en sustituir la discriminación por oportunidades, y 3) un enfoque basado en la autoestima que trata de reducir la vergüenza y el autoestigma. En el ámbito de la prevención, el tratamiento y la atención de las drogodependencias, el enfoque de la autoestima suele estar anclado en grupos de ayuda mutua, servicios de apoyo a la recuperación entre iguales, promoción y actos públicos como marchas, concentraciones o reuniones sociales en las que la comunidad celebra públicamente la recuperación de aquellos que han sufrido trastornos por consumo de drogas y las personas en recuperación comparten públicamente sus historias. La investigación subraya la necesidad de que los formuladores de políticas, los responsables de la toma de decisiones, los planificadores estratégicos y otros dirigentes consideren los tres enfoques dentro de un planteamiento cuidadosamente planificado, integrado y global, como estrategia de mitigación de posibles consecuencias negativas imprevistas.

Entre los enfoques más comúnmente utilizados para reducir el estigma se encuentran las intervenciones educativas que concientizan al público en general, a los formuladores de políticas, a los prestadores de servicios sociales y de salud y a los socios en la sociedad civil. Las intervenciones educativas crean conciencia sobre el estigma, su impacto, la manera en que se perpetúa y las medidas que pueden tomarse para reducirlo. Se necesita más investigación para identificar los enfoques educativos más eficaces para reducir y prevenir las actitudes estigmatizantes contra las poblaciones vulnerables, incluidas las mujeres embarazadas y lactantes, a fin de promover y fomentar vínculos sólidos con centros de cuidado infantil, el empleo, la educación, la vivienda y otros servicios relevantes disponibles.⁴⁰ Si bien un mayor conocimiento puede cambiar las percepciones o actitudes entre los profesionales de la salud, solo hay pruebas limitadas de que esto se relacione con cambios que se sostengan a través del tiempo en el ejercicio de la medicina. Además, se necesita más investigación a fin de identificar los mejores mecanismos para la implementación de

³⁹ Corrigan, P., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Kulesza, M., Kane-Willis, K., Qin, S., y D. Smelson (2017), *Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the mental health stigma literature*. *American Journal on Addictions*. 26(1):59-66 (<https://doi.org/10.1111/ajad.12458>).

⁴⁰ OMS (2014), *Directrices para la identificación y gestión de uso de sustancias y trastornos de uso de sustancias en el embarazo*, p.7 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf).

intervenciones educativas (por ejemplo, lectura tradicional, proceso de aprendizaje participativo interactivo, formación a distancia o procesos de aprendizaje autodirigido). Cabe señalar que la educación a menudo se asocia con cambios en el estigma público, pero también puede ayudar a reducir el autoestigma.

Las intervenciones de contacto, un intercambio facilitado y significativo con personas con experiencias vividas, son un enfoque habitual para la reducción del estigma. Éstos pueden ser especialmente eficaces cuando involucran a personas que se están recuperando de trastornos relacionados con el consumo de drogas. Un metanálisis halló que las reducciones del estigma asociadas con las intervenciones de contacto se pueden atribuir a por lo menos tres factores: (1) mejorar el conocimiento sobre el exogrupo, (2) reducir la ansiedad respecto del contacto intergrupar y (3) aumentar la empatía y la perspectiva.⁴¹ Entre estos tres, el mayor conocimiento es el que pareció tener el menor efecto.

Para abordar el estigma asociado con el consumo de drogas, Corrigan y sus colegas sugieren que los modelos centrados en los derechos y la autoestima de las personas en recuperación como parte de un modelo de contacto podrían ser la estrategia más eficaz para reducir el estigma asociado con el trastorno por consumo de opioides.⁴² Un ejemplo son los programas piloto en los Estados Unidos en el marco de iniciativas como *Recovery Community Support Program* (Programa comunitario de apoyo a la recuperación), luego denominado *Recovery Community Services Program* (Programa de Servicios Comunitarios de Recuperación) que brindan asistencia a las personas en recuperación para impulsar una agenda de derechos y valores como, por ejemplo, enmarcar el Mes Nacional de la Recuperación como una oportunidad para demostrar que la recuperación es posible y celebrarlo como un momento de esperanza para las personas afectadas por un trastorno por consumo de sustancias y sus seres queridos.⁴³

Estudio de Caso

Experiencias en la Reducción del Estigma de la Comisión de Salud Mental de Canadá: Cómo usar la educación basada en el contacto de manera efectiva

La Comisión de Salud Mental de Canadá (MHCC) se fundó en 2007. Una parte fundamental de su labor ha consistido en abordar el problema de la estigmatización de las enfermedades mentales en la sociedad canadiense, que en los últimos años se ha ampliado para incluir la estigmatización hacia las personas con problemas de consumo de opioides y otras drogas, en particular tal como se manifiesta en diversos contextos de primera respuesta y de atención

⁴¹ Pettigrew, TF y LR Tropp (2008), *How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators*. *European Journal of Social Psychology*. 38:922-34. (<https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/ejsp.504>).

⁴² Corrigan, PW y K. Nieweglowski (2018), *Stigma and the public health agenda for the opioid crisis in America*. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*. 59:44-49 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.015>).

⁴³ Kaplan, L., Nugent, C., Baker, M., Westley Clark, H. y BM Veysey (2010), *Introduction: The Recovery Community Services Program*. *Alcoholism Treatment Quarterly* 28(3): 244-55 (<https://doi.org/10.1080/07347324.2010.488522>).

social y de la salud. El enfoque adoptado por la MHCC es elemental, específico y basado en la evidencia.

Los resultados de los estudios de evaluación de la MHCC sugieren que la educación basada en el contacto puede ser una herramienta muy eficaz para mejorar las actitudes, brindar orientación hacia el cuidado y ayudar a los comportamientos. En las intervenciones más eficaces, las historias y experiencias personales se adaptan para reflejar y reforzar los principales objetivos educativos del programa. Suelen incluir una combinación de videos y contacto social en directo. En general, el uso eficaz del contacto social es aquel que establece una conexión personal positiva y genera confianza entre el orador y la audiencia, activa la compasión y la comprensión, aumenta la creencia en la realidad del bienestar y la recuperación de las personas con problemas de uso de sustancias, refuta los estereotipos negativos y las percepciones erróneas comunes sobre las personas con problemas de consumo de drogas y la naturaleza de los trastornos por consumo de sustancias, y se complementa con componentes educativos basados en el estigma que se centran en mejorar el lenguaje y en cambiar en un sentido positivo las creencias y conductas hacia las personas con problemas de consumo de sustancias.^{44,45}

Profesionales de la salud bien informados, educados y capacitados pueden contribuir a la aplicación de estrategias efectivas que aborden las necesidades de las poblaciones afectadas y reduzcan el estigma. La UNODC, junto con la OMS, ha publicado dos documentos que promueven prácticas de salud relacionadas con el consumo de drogas, basadas en la ciencia y una firme evidencia de resultados efectivos. Las *Normas Internacionales para la Prevención del Consumo de Drogas*⁴⁶ y las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Drogas*⁴⁷ ofrecen orientación a los profesionales sobre estrategias y prácticas de salud eficaces relacionadas con la prevención, el tratamiento y la atención de casos de consumo de drogas.

La UNODC también aborda las necesidades de las personas que consumen drogas y los reclusos, dos grupos de población clave que son vulnerables al VIH, a la hepatitis viral, la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles. La UNODC, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS han desarrollado respuestas basadas

⁴⁴ Knaak, S., Christie, R., Mercer, S. y H. Stuart (2018), *Stigma and the opioid crisis: Final report*. Ottawa: Comisión de Salud Mental de Canadá (https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-07/Opioid_Report_july_2019_eng.pdf).

⁴⁵ Knaak, S., Kharpal, K., Benes, K. y M. Bartram (2021), *Reducing opioid and substance use stigma in healthcare and other direct service delivery settings*. Resultados de la evaluación de cuatro programas. Ottawa: Comisión de Salud Mental de Canadá (https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Reducing_Opioid_and_Substance_Use_Related_Stigma_Evaluation_Results_eng.pdf).

⁴⁶ UNODC, OMS (2018), *Normas internacionales para la prevención del uso de drogas*, segunda edición actualizada (<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).

⁴⁷ UNODC, OMS (2020), *Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por uso de drogas* (https://www.unodc.org/documents/International_Standards_2016_for_CND.pdf).

en la evidencia y en los derechos para las personas que consumen drogas,^{48,49,50} lo que incluye un paquete integral de intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre las personas que consumen drogas inyectables, que ha recibido un amplio respaldo e incluye:

1. Programas de agujas y jeringas
2. Terapia de sustitución de opioides y otros tratamientos de drogodependencia basados en la evidencia
3. Pruebas de VIH y asesoramiento
4. Terapia antirretroviral
5. Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
6. Programas de preservativos para usuarios de drogas inyectables y sus parejas
7. Información, educación y comunicación dirigidas a usuarios de drogas inyectables y sus parejas
8. Prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales
9. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
10. Prevención de las sobredosis.

Históricamente, esta labor se ha basado en garantizar el acceso a las pruebas de detección, los análisis y la atención para todas las personas, incluidas aquellas que son más vulnerables y sufren estigmatización y discriminación. Es importante reconocer que los socios y defensores en la sociedad civil deben involucrar constantemente las voces y perspectivas de las personas que consumen drogas para aumentar la conciencia, reducir el estigma y promover una respuesta inclusiva.

Cuando se promueve en forma colectiva como un continuo de servicios centrados en la salud para abordar el consumo de drogas, los trastornos por consumo de drogas y sus consecuencias sanitarias y sociales, el paquete de intervenciones mencionado anteriormente puede constituir una base sólida para que los Estados Miembros promuevan actitudes no estigmatizantes que garanticen la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios

⁴⁸ OMS (2012), OMS, UNODC, ONUSIDA *technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, revisión del año 2012 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/Target_setting_guide2012_eng.pdf).

⁴⁹ UNODC (2019), Prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH para las personas que consumen drogas. Guía técnica de ONUDC, OMS y ONUSIDA (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf).

⁵⁰ UNODC (2020), *HIV prevention, treatment, care and support in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*. Informe técnico de la UNODC, OIT, OMS, UNFPA, ONUSIDA y PNUD, actualización de 2020 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf).

sociales, asistenciales y de salud para las personas que consumen drogas.

Estudio de Caso

Evaluación del Diseño Conjunto de un Programa Piloto de Capacitación contra el Estigma

En 2018, CityWide, una organización de la República de Irlanda, lanzó la campaña “Stop the Stigma” (Frenar el Estigma) para generar conciencia y desafiar al estigma relacionado con las drogas y el impacto que tiene en las personas que las consumen. En la primera fase, CityWide encargó una investigación para desarrollar un modelo de programa de capacitación contra el estigma dirigido al personal de los servicios públicos pertinentes, con la participación significativa de personas con experiencia en el consumo de drogas en su eventual ejecución. En la segunda fase, se desarrolló el programa de capacitación y se llevó a cabo un estudio piloto en colaboración con el Proyecto SAOL con vistas a evaluar el proceso, la puesta en marcha y el impacto del programa.

Una encuesta de seguimiento entre los participantes del programa piloto de capacitación demostró que éste había cumplido con sus expectativas, entre las que se encontraban comprender el estigma y la manera de abordarlo, y aprender sobre su propio estigma, la forma en que afecta el ejercicio de su profesión y el impacto que tiene en los servicios y los usuarios de los servicios. Los hallazgos de la encuesta midieron el estigma en nueve dominios y los resultados mostraron mejoras en ocho de ellos. Tres de estas mejoras, a saber, la atribución de la culpa, el comportamiento de evitación y la segregación, fueron estadísticamente significativas a pesar del tamaño reducido de las muestras. El trabajo piloto de CityWide está en curso, y se prevé una mayor ampliación en futuras implementaciones.⁵²

Un tema transversal a las intervenciones educativas y las de contacto es la importancia del lenguaje a la hora de promover actitudes estigmatizantes. La eliminación de dicho lenguaje es una estrategia práctica que puede aplicarse en conversaciones en todos los niveles: entre individuos, dentro de los servicios y en el debate de políticas nacionales e internacionales. Un cambio en el lenguaje contribuye a modificar las actitudes y, en última instancia, las acciones. A lo largo de los años, no es infrecuente que en muchos ámbitos de la profesión médica se produzca un cambio en el lenguaje a medida que cambia el conjunto de evidencias científicas y prácticas.

Investigadores y profesionales en los campos de la prevención del uso de drogas, el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, así como la comunidad de recuperación organizada y un número creciente de investigadores sobre políticas, comunicación y estigma, han solicitado que se reemplace el lenguaje que promueve actitudes estigmatizantes por terminología más neutral y con base científica. El llamamiento suele consistir en utilizar un

⁵² Comiskey, C., Banka, S., McDonagh, D y Galligan, K. (2021), *An evaluation of the co-design of a CityWide pilot anti-stigma training programme* (https://www.citywide.ie/assets/files/pdf/citywide_anti-stigma_training_report_final.pdf).

lenguaje que priorice a la persona, como el que se emplea para describir a las personas con problemas de salud mental y a las que sufren enfermedades crónicas o discapacidades (por ejemplo, "persona que consume drogas" en lugar de "consumidor de drogas"; y "persona con un trastorno por consumo de sustancias" o "persona en recuperación" en lugar de "adicto", "alcohólico" o "adicto reformado").

Si bien la adopción de un lenguaje neutral, basado en la ciencia y que priorice a la persona es de vital importancia, se debe reconocer que cambiar el lenguaje por sí solo no es suficiente para reducir la discriminación, en especial cuando ésta se encuentra institucionalizada en leyes, políticas o prácticas de larga data.

Además, cambiar el lenguaje exige un compromiso continuo, tener llegada a diversos grupos de actores, y tiempo. Mientras que en algunos contextos el lenguaje puede ser susceptible de un cambio relativamente rápido, en otros será un proceso mucho más lento que requerirá perseverancia (por ejemplo, cambiar el lenguaje en las políticas y estatutos internacionales y nacionales). Finalmente, lograr cambios sostenibles en la actitud y el comportamiento requiere contacto, educación, una comprensión del impacto que tienen las palabras en las personas y del poder potencialmente transformador del lenguaje.

Ejemplos de buenas prácticas

A continuación, se ofrecen ejemplos de buenas prácticas para promover actitudes no estigmatizantes y garantizar la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios sociales, de atención general y de salud para las poblaciones afectadas. Estos ejemplos se organizan en torno a cuatro áreas: educación, contacto significativo, práctica de calidad y políticas e investigación.

Educación de los formuladores de políticas, los prestadores de servicios sociales y de salud y el público en general

- Garantizar que todos los trabajadores del ámbito de la salud y los servicios sociales estén educados y bien capacitados respecto de cuál es la naturaleza de los trastornos por uso de sustancias y drogas, de las actitudes estigmatizantes hacia las poblaciones afectadas, así como respecto de la prevención del consumo de sustancias, el tratamiento, la atención de la salud, la protección social y la rehabilitación eficaces y con base científica.
- Apoyar la elaboración y aplicación de normas éticas y códigos de conducta para profesionales.
- Institucionalizar módulos o clases que promuevan actitudes no estigmatizantes en los planes de estudio de enseñanza superior para médicos, enfermeros, profesionales de la salud mental, personal de urgencias, personal de centros de tratamiento de trastornos por consumo de drogas y otros profesionales de la salud.
- Incorporar cursos profesionales y de licenciamiento obligatorios sobre el consumo de drogas y el estigma para todos los profesionales de la salud y la asistencia social.
- Apoyar una mayor sensibilización de la comunidad a través del discurso público y la transparencia sobre el consumo de drogas a través de otros foros de debate.
- Garantizar que los formuladores de políticas reciban actualizaciones periódicas y tengan la oportunidad de escuchar las voces de las poblaciones afectadas, sus familias y su círculo de amigos.
- Proporcionar formación específica y sensibilización sobre el lenguaje que promueve actitudes estigmatizantes, y cambiar los documentos y la comunicación directa con otros profesionales.
- Hacer foco en la formación basada en competencias, donde los participantes practican y enseñan estrategias para promover actitudes no estigmatizantes, además de conferencias basadas en contenidos de sensibilización, que incluyan reflexiones personales para analizar las propias actitudes estigmatizantes, sean éstas conscientes o inconscientes.
- Incluir una unidad sobre la importancia de abordar los daños que pueden derivarse del autoestigma, así como información relacionada con el trauma.

- Explorar un modelo similar al de la salud mental en el campo de la sociología que busque desarrollar una resistencia al estigma similar al de los factores de riesgo y de protección.
- Aumentar la colaboración entre los sectores de seguridad pública y salud pública en relación al consumo de drogas.
- Recalcar la responsabilidad de los agentes de policía y del personal penitenciario de no castigar ni acosar y de respetar la dignidad y los derechos de las personas cuya conducta no se ajuste a la ley.
- Desarrollar estrategias para promover actitudes no estigmatizantes entre los funcionarios públicos, las fuerzas del orden, otros primeros intervinientes y el sistema de justicia penal en general.
- Involucrar a las comunidades locales junto con las fuerzas del orden y los sectores de la salud pública locales en esfuerzos conjuntos para abordar el consumo de drogas y fomentar la resiliencia individual, familiar y comunitaria.

Facilitar un contacto significativo con las poblaciones afectadas

- Aumentar la participación significativa, la presencia y las voces de las poblaciones afectadas en todos los niveles de políticas y planificación estratégica en torno a la prevención, el tratamiento y la atención continua por uso de drogas y sustancias.
- Integrar a las poblaciones afectadas, según corresponda, en el contexto del proceso terapéutico y con la capacitación y el apoyo adecuados, como miembros del personal en los servicios de tratamiento y otras instituciones sociales, asistenciales y de salud.
- Tratar activamente de incluir a los miembros de la familia y a los allegados de las poblaciones afectadas en los diálogos sobre políticas a nivel comunitario y, en el caso de las personas que participan en forma voluntaria en un programa de tratamiento, considerar la posibilidad de incluir a la familia o a los cuidadores en los debates sobre el tratamiento basado en la persona con el consentimiento informado, siempre y cuando resulte beneficioso.
- Identificar mecanismos para acceder a experiencias significativas de las poblaciones más marginadas, como aquellas que se encuentran en entornos penitenciarios o que enfrentan desafíos psiquiátricos severos.
- Garantizar que las poblaciones afectadas participen de manera significativa, dentro de una estructura de poder igualitaria, en la intervención y el desarrollo de políticas y la implementación de programas.
- Respetar a todas las personas, incluidas las poblaciones afectadas, haciendo hincapié en el empoderamiento y la valoración.

Prácticas de calidad en servicios sociales y de salud

- Adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, con respeto a la dignidad e inclusión de todas las personas.
- Garantizar que, en cada punto del continuo de atención a las poblaciones afectadas, las prácticas de servicios sociales y de salud se basen en la ciencia y la evidencia de una atención eficaz.
- Apoyar la participación informada y voluntaria en cualquier nivel de atención de las personas pertenecientes a poblaciones afectadas.
- Integrar la prevención del consumo de drogas, el tratamiento y la atención de los trastornos por el uso de drogas, así como la prevención de las consecuencias para la salud y sociales de dicho consumo (también denominada “reducción de daños” por algunos Estados Miembros), según los documentos técnicos de la UNODC, la OMS y ONUSIDA.
- Promover una perspectiva basada en la equidad en la que todas las personas reciban la mejor atención médica disponible, independientemente de cualquier elemento estigmatizante (por ejemplo, consumo de sustancias o drogas, salud mental, raza, etnia, condiciones económicas, nivel de educación, género, religión, orientación sexual, discapacidades).
- Brindar una atención médica de calidad que no sea inferior a la que se presta a otras personas que necesitan atención, incluidos, entre otros aspectos, la confidencialidad, los servicios de diagnóstico, la planificación del tratamiento que incluye el suministro de medicamentos cuando sea necesario, y la inclusión significativa de la persona que necesita atención en las decisiones relacionadas con su propio cuidado.
- Garantizar que los entornos físicos en los que las poblaciones afectadas buscan servicios de salud cumplan con los mismos altos estándares que aquellos destinados a otras afecciones, es decir, que sean limpios, espaciosos, respetuosos con la intimidad, acogedores y de construcción adecuada.
- Asegurar que los servicios de tratamiento y atención respondan a las necesidades especiales de tratamiento y atención de los grupos de población.

Investigación y desarrollo de políticas

- Abogar por el fomento de actitudes no estigmatizantes en relación con el acceso a los servicios de las poblaciones afectadas, en el diseño y producción de cualquier instrumento estratégico sobre drogas.
- Invertir tiempo y recursos en el mapeo de los servicios disponibles y la recopilación de datos precisos relacionados con las experiencias en un entorno de atención médica, en particular, la experiencia de las poblaciones afectadas.

- Considerar el problema de las actitudes estigmatizantes dentro de un marco o sistema de múltiples componentes de políticas y servicios que deben abordarse en entornos diversos, con diferentes estrategias basadas en la evidencia para individuos singulares.
- Considerar modelos de investigación participativa basados en la comunidad que aborden las actitudes estigmatizantes en grupos específicos, con científicos y formuladores de políticas que trabajen con las poblaciones afectadas para reflejar también los intereses, las perspectivas y prioridades de ese grupo, y crear así un sentido de apropiación.
- Apoyar una recopilación de datos más completa que sirva de base para la elaboración de políticas, utilizando medidas coherentes que permitan compartir experiencias de vergüenza, prejuicios o discriminación.
- Apoyar la investigación sobre las actitudes estigmatizantes; las consecuencias del estigma para las poblaciones afectadas, especialmente en lo que respecta a su salud y/o las barreras que dificultan el acceso a la atención y el tratamiento; los factores que conducen a un aumento (o disminución) de las actitudes estigmatizantes; y la manera de implementar prácticas que sean respetuosas y que cambien el comportamiento y la práctica.
- Adoptar un enfoque orientado a la recuperación que comience por promover un lenguaje que no fomente actitudes estigmatizantes y apoye una integración significativa en las familias, el empleo y las comunidades, en consonancia con las necesidades de las poblaciones afectadas.
- Promover y facilitar el tratamiento como alternativa a la condena y sanción para las personas que consumen drogas y las personas con trastornos por consumo de sustancias en contacto con el sistema de justicia, de conformidad con la legislación interna y el derecho internacional aplicable.
- Desarrollar una política dentro de los sistemas de salud que incluya disposiciones que no excluyan o discriminen a las poblaciones afectadas o sus familias.
- Evaluar las políticas actuales en torno a la contratación de personas con antecedentes de consumo de drogas, para promulgar políticas y normativas que garanticen que las poblaciones afectadas puedan tener un empleo remunerado y puedan acceder a la atención médica relacionada con su consumo de drogas o trastorno por consumo de drogas sin temor a perder el empleo.
- Realizar un análisis de los costos de atención de la salud asociados a las personas que se sienten estigmatizadas y menos dispuestas a acceder a los servicios de salud, de atención y sociales en un marco de prevención, y que pueden sufrir complicaciones, con un mayor costo para el sistema de salud a medida que los posibles procesos de la enfermedad progresan a un nivel crítico.
- Apoyar el análisis integral y profundo del estigma estructural y el impacto en las personas, familias y comunidades durante varias generaciones.

Conclusión

Aún existen interrogantes sobre la naturaleza y el impacto de las actitudes estigmatizantes en la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios sociales, de atención y de salud para las poblaciones afectadas, así como sobre la mejor manera de abordar tales actitudes. Sin embargo, investigaciones prometedoras y ejemplos de buenas prácticas, incluso en el campo de la salud mental, indican que es posible promover actitudes no estigmatizantes para garantizar la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios sociales, asistenciales y de salud para las poblaciones afectadas; y más importante aún, para mejorar sus resultados de salud. Dichos ejemplos incluyen la educación de los formuladores de políticas, los prestadores de servicios sociales y de salud y el público en general, incluso con respecto al uso de un lenguaje no estigmatizante y centrado en las personas; el contacto facilitado y significativo con las poblaciones afectadas, incluso en la planificación y la toma de decisiones; servicios sociales y de salud de calidad; y elaboración de políticas e investigación. Un compromiso global para expandir y documentar la efectividad de tales estrategias contribuiría significativamente a la salud y al bienestar de las poblaciones afectadas, asegurándose así de no dejar a nadie atrás.

Anexo

Lista de participantes de la consulta técnica informal

(Los participantes figuran por orden alfabético según su apellido)

Dra. Zeinab Abbas, Coordinator, Narcotics Department, Ministry of Public Health Lebanon, Líbano

Dra. Višnja Banjac, Head of Department for Addiction Disorders, Clinic of Psychiatry, University Clinical Center of the Republic of Srpska, Bosnia y Herzegovina

Dr. Thilo Beck, Chief Physician Psychiatry, Arud Zentrum für Suchtmedizin, Suiza

Sra. Giovanna Campello, Officer-in-Charge, UNODC Prevention, Treatment and Rehabilitation Section

Sr. Paskorn Chaivanichsiri, former Deputy Director General, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Tailandia

Sra. Judy Chang, Executive Director, Secretariat of the International Network of People who use Drugs, Australia

Sr. Bobby Chauhan, Manager, International Relations Unit, Office of Drug Policy and Science, Controlled Substances Directorate, Health Canada, Gobierno de Canadá

Sr. Sewraz Corceal, Senior Specialized Nurse, Harm Reduction Unit, Ministry of Health and Wellness, Mauricio

Dr. Patrick Corrigan, Distinguished Professor and Associate Chairperson for Research, Department of Psychology, Illinois Institute of Technology, Estados Unidos

Dr. Ed Day, Clinical Reader in Addiction Psychiatry, Institute for Mental Health, University of Birmingham, Reino Unido

Sr. Domingos Duran, Head of Division, Therapeutic Intervention Division, DG Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies, Ministry of Health, Portugal

Dr. Mohamed Fayek, Chief Executive, Erada Center for Treatment and Rehab, Emiratos Árabes Unidos

Sra. Nadia Gasbarrini, Programme Manager, Villa Maraini Foundation and Red Cross/Red Crescent Partnership on Substance Abuse, Italia

Sr. Peter Gaumont, Senior Policy Analyst, Office of National Drug Control Policy, Executive Office of the President, Estados Unidos

Sr. Lee Imray, Drugs and Alcohol Unit, Crime Policing and Fire Group, Home Office, Reino Unido

Sr. Morris Kamenderi, National Authority for the Campaign Against Alcohol and Drug Abuse, Kenia

Sr. Thomas Kattau, Deputy Executive Secretary, Pompidou Group, Consejo de Europa

Dr. John F. Kelly, Director, Recovery Research Institute, Harvard Medical School, and Associate Director, Center for Addiction Medicine, Massachusetts General Hospital, Estados Unidos

Dra. Stephanie Knaak, Senior Research Consultant, Mental Health Commission of Canada, Canadá

Dr. Dzmitry Krupchanka, Department of Mental Health and Substance Abuse, Organización Mundial de la Salud

Dra. Magdalena Kulesza, Estados Unidos

Dr. Jamie Livingston, Associate Professor, Department of Criminology, Saint Mary's University, Canadá

Sra. Annie Madden, Community Engagement & Liaison Officer, Centre for Social Research in Health, Australia

Sra. Daniela Masci, Social Worker, Villa Maraini Foundation, Italia

Sra. Elizabeth Mattfeld, Programme Officer, UNODC Prevention, Treatment and Rehabilitation Section

Sra. Kirsten Mattison, Director, Office of Drug Policy and Science, Controlled Substances Directorate, Health Canada, Gobierno de Canadá

Dra. Beth McGinty, Associate Professor, Associate Chair for Research and Practice, Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Estados Unidos

Dr. Ryan McNeil, Director of Harm Reduction Research, Yale Program in Addiction Medicine, Canadá

Dra. Maria Melchior, Department of Social Epidemiology, INSERM France, Francia

Dra. Jazmín Mora-Rios, Researcher in Medical Sciences, Direction of Epidemiological and Psychosocial Research, National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz, Mexico

Prof. Dr Telmo Mota Ronzani, Center for Research, Intervention and Evaluation for Alcohol & Drugs – CREPEIA, Department of Psychology, Federal University of Juiz de Fora, Brasil

Sra. Gabriela Olivera, Technical Advisor, National Drug Secretariat, National Drug Board, Presidency of the Republic, Uruguay

Dra. Iuliia Paskevskaya, Head of Department, Associate Professor, Center for Mental Health and Monitoring of Drugs and Alcohol, Ministry of Health, Ucrania

Dra. Soumaya Rachidi, Focal Point, National Programme on Prevention and Treatment of Addictive Disorders, Mental Health Office, Ministry of Health, Reino de Marruecos

Dr. Ramin Radfar, Director General, Thought, Culture and Health Drug Abuse Prevention Institute, Affiliated Researcher, UCLA Integrated Substance Abuse Programs, Iran

Dr. Mohd Rafidi Jusoh, Treatment, Medications & Rehabilitation Division, National Anti-Drugs Agency, Ministry of Home Affairs, Malasia

Dr. Laramie R. Smith, Assistant Professor, Division of Infectious Diseases and Global Public Health, School of Medicine, UC San Diego; Co-Director, SDSU-UCSD Joint Doctoral Program in Interdisciplinary Research on Substance Use (IRSU); Faculty Lead, UCSD Center for AIDS Research Transgender/Nonbinary Community Advisory Board (TCAB), Estados Unidos

Dr. Sven Speerforck, Senior Physician, Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Medicine, Leipzig, Alemania

Prof. Hae Sun Suh, Associate Professor, College of Pharmacy, Pusan National University, República de Corea

Sra. Gulmira Suleimanova, Project Manager for Afghanistan and Central Asia, Drug Advisory Program, Colombo Plan Secretariat

Dr. Andrew B. Thompson, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, US Department of State, Estados Unidos

Sra. Judith Twala, Manager in Counselling and Rehabilitation, National Authority for the Campaign Against Alcohol and Drug Abuse, Kenia

Sr. Godlove Adams Vanden-Bossche, Head, Counselling, Referral and Social Re-Integration Unit, Narcotics Control Board, Ghana

Dr José Luis Vázquez Martínez, Treatment Specialist, Drug Demand Reduction Section, Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD), Organización de Estados Americanos (OEA)

Sr. Paul Williams, First Secretary, Permanent Mission of Canada to the International Organizations in Vienna

Dr. Tun Zaw, Deputy Director General, Department of Rehabilitation, Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement, Myanmar

Los Comités de ONG de Viena y Nueva York fueron socios valiosos en la identificación de contribuyentes y la participación de la sociedad civil, y la UNODC quisiera reconocer la contribución de los Comités para garantizar la participación de las poblaciones afectadas en la consulta técnica informal.

