



Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas
Una red mundial para la promoción de un debate abierto y objetivo sobre las políticas de drogas

Guía sobre políticas de drogas



Segunda edición, marzo de 2012

Introducción

¿Qué es esta Guía?

La *Guía sobre políticas de drogas* (la Guía) del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) reúne evidencia y ejemplos de buenas prácticas de todo el mundo con el fin de ofrecer orientación para la revisión, elaboración y puesta en práctica de políticas en materia de drogas. La Guía se dirige a los responsables de revisar e instrumentar políticas de drogas en gobiernos nacionales o locales y a organizaciones de la sociedad civil que participan en este proceso.

Esta es la segunda edición de la Guía. Al igual que su primera edición, publicada en 2010, es el fruto de una iniciativa de investigación y consulta con los expertos de nuestra red internacional.

¿Por qué hemos elaborado esta Guía?

Aquellos que formulan las políticas nacionales y que trabajan en el campo de las drogas, desempeñan su labor en una época de incertidumbre. La estrategia simplista de 'guerra contra las drogas' no ha alcanzado los objetivos clave de erradicar los mercados ilícitos y de reducir la prevalencia en su consumo. Al mismo tiempo, cada vez hay más evidencia de que el actual régimen de fiscalización de drogas ha tenido graves consecuencias negativas para el desarrollo, la salud pública y los derechos humanos. Son, también, cada vez más los gobiernos que están estudiando opciones normativas alternativas para abordar los daños asociados con los mercados y el consumo de drogas.

Esta Guía está dirigida a los responsables de diseñar y poner en práctica políticas y programas de drogas eficaces, humanos y apropiados para las particularidades de diferentes países. Cada capítulo de la Guía se dedica a un tipo diferente de reto normativo, analiza las pruebas empíricas existentes, las experiencias de distintos países, y ofrece consejos y recomendaciones para desarrollar respuestas eficaces en materia de políticas.

La Guía se actualizará cada dos años, para reflejar las novedades y experiencias empíricas globales que vayan surgiendo. La Guía es, también, una herramienta de utilidad para organizaciones de la sociedad civil interesadas en tener incidencia en cuanto a políticas de drogas.

¿Cómo utilizar la Guía?

La información y las recomendaciones de la Guía se pueden utilizar tanto para evaluar políticas y programas nacionales de drogas como para desarrollar políticas más eficaces y humanas en la materia. Cada uno de los capítulos de la Guía está pensado para funcionar como un conjunto independiente de análisis y recomendaciones; de este modo, se facilita que los responsables de políticas y organizaciones de la sociedad civil puedan consultar sólo determinadas secciones, en función de sus propias necesidades locales.

Gracias a su red mundial de miembros y expertos, el IDPC puede proporcionar a los responsables de la formulación de políticas, asesoría y apoyo especializados para adaptar nuestras recomendaciones a contextos locales. Esto se puede hacer mediante la difusión de materiales escritos, presentaciones, conferencias, reuniones con funcionarios clave, viajes de estudio, y la capacitación de las organizaciones de la sociedad civil para la incidencia política. Para más información, póngase en contacto con nosotros: contact@idpc.net.

Prólogo

El carácter global del fenómeno de las drogas exige enfoques nacionales, regionales y multilaterales. Se trata de un problema transnacional, por lo que la cooperación internacional es la clave para garantizar una respuesta apropiada, eficaz y equilibrada.

Aunque cada país ha adoptado distintos enfoques ante esta cuestión –algunos de los cuales se presentan en esta Guía– existe un claro consenso de que las políticas sobre drogas deben basarse en hechos y no en ideologías. Las políticas sobre drogas deberían tener en cuenta las diversas culturas y normas que conviven en el mundo, y las medidas de control de sustancias deberían también respetar los derechos humanos y la dignidad de las personas.

Los riesgos sanitarios y sociales, así como la delincuencia relacionados con las drogas son importantes fuentes de preocupación. A pesar de los recursos destinados a controlar los mercados y el consumo de drogas, se ha producido un aumento en la oferta y el uso de éstas. El papel de los responsables de la formulación de políticas es promover el uso óptimo de los recursos y contribuir a alcanzar los objetivos fundamentales de toda política de drogas: un alto nivel de protección de la salud, cohesión social y seguridad pública.

Para ello, se debe fomentar un enfoque equilibrado, integrado y multidisciplinar con respecto al problema mundial de las drogas, en el que las acciones dirigidas a reducir la oferta y la demanda de drogas se consideren como complementarias e igual de importantes.

El período de austeridad económica que atraviesan actualmente algunos países podría tener repercusiones sobre los niveles de consumo de drogas en la sociedad e influir en la prestación de servicios. Se sabe que las comunidades marginalizadas y socialmente desfavorecidas son las más vulnerables, y se teme que la crisis económica vaya acompañada de un aumento de las formas problemáticas de consumo de sustancias, así como de un incremento colateral de las actividades delictivas.

Me gustaría subrayar la importancia que tienen los datos fidedignos y comparables para conformar la base de una sólida comprensión de la situación y la consiguiente adopción de medidas eficaces. En una época en que abundan las situaciones económicas difíciles, se necesita, más que nunca, una información fiable y sólida sobre las drogas que nos pueda alertar sobre nuevas amenazas y problemas incipientes. Esa información también proporciona el contexto indispensable para definir prioridades normativas claras y fiables, así como para invertir en ámbitos de demostrada eficacia.

Estoy convencido de que los países pueden aprender unos de otros, compartiendo estudios y buenas prácticas, y siempre recordando que una política concreta que funcione en un país puede no resultar en otro. Lo más importante es animar a los países a promover un enfoque orientado a la salud con respecto a la dependencia de las drogas, basado en conocimientos que se deriven de la ciencia.

La sociedad civil también tiene un papel en las políticas de drogas, actuando como una plataforma para incrementar la concienciación sobre el consumo de sustancias y estimular el diálogo y el intercambio de buenas prácticas entre los diversos actores.

Sin embargo, como bien sabemos, el desarrollo de políticas de drogas y respuestas eficaces no es una labor sencilla. Los responsables de la formulación de políticas se enfrentan a varios desafíos, como la aparición de nuevas sustancias psicoactivas y nuevos patrones de consumo. Necesitamos estrategias proactivas que nos permitan identificar rápidamente nuevas amenazas para anticipar sus posibles implicaciones.

La segunda edición de la *Guía sobre políticas de drogas* del IDPC expone con claridad las principales cuestiones de interés para establecer políticas en este complejo ámbito, presentando las pruebas globales para establecer estrategias eficaces y equilibradas, basadas en los principios de la salud, los derechos humanos y el desarrollo. Es una herramienta importante para guiarnos en nuestra respuesta colectiva y coordinada a este fenómeno de rápida evolución. Animo a los responsables de formular políticas nacionales a hacer buen uso de la información y recomendaciones que se recogen en estas páginas. Debemos concentrarnos en la búsqueda internacional de buenas prácticas, ya que es probable que las iniciativas nacionales resulten infructuosas. La comunidad internacional debe, por lo tanto, persistir en sus esfuerzos por abordar todos los aspectos del problema de las drogas basándose en pruebas y datos científicos.

João Goulão
Coordinador nacional de Portugal para problemas de drogas,
toxicomanías y consumo nocivo de alcohol

Agradecimientos

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) es una red mundial integrada por organizaciones no gubernamentales (ONG) y redes profesionales que promueve un debate objetivo y abierto sobre la eficacia, la dirección y el contenido de las políticas de drogas en el ámbito nacional e internacional, y apoya las políticas que se fundamentan en evidencias científicas que reducen eficazmente los daños relacionados con las drogas (para consultar la lista completa de miembros del IDPC, véase: www.idpc.net/es/miembros). La red publica asimismo documentos ocasionales, difunde informes sobre cuestiones relacionadas con las drogas y ofrece servicios especializados de asesoría a encargados de políticas de todo el mundo. Los miembros del IDPC cuentan con una amplia experiencia en el análisis de políticas de drogas, y participan en debates sobre políticas a escala nacional e internacional.

Segunda edición

Autores – Christopher Hallam (IDPC), Dan Werb (International Centre for Science in Drug Policy), Gloria Lai (IDPC), Marie Nougier (IDPC), Martina Melis (New Zealand Drug Foundation), Matt Curtis (Eurasian Harm Reduction Network).

Colaboraciones/revisión inter pares – Anne Bergstrom (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Centro Regional para Asia Oriental y el Pacífico), Ann Fordham (IDPC), Aram Barra (Espolea, Youth RISE), Coletta Youngers (IDPC), John Walsh (Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), Jorge Hernández Tinajero (CUPIDH), Lisa Sánchez (Espolea), Martina Melis (New Zealand Drug Foundation), Martin Jelsma (Transnational Institute), Mike Trace (IDPC), Niamh Eastwood (Release), Nick Thomson (Johns Hopkins School of Public Health, Nossal Institute for Global Health), Pascal Tanguay (PSI), Ricardo Ricci (International Drug Markets Institute), Ruth Birgin (Women's Harm Reduction International Network), Steve Rolles (Transform Drug Policy Foundation), Thierry Charlois (Association Française de Réduction des Risques).

Traducción – Este informe ha sido traducido al español por Beatriz Martínez y editado por Amira Armenta. Un agradecimiento especial al Colectivo por una política integral hacia las drogas (CUIHD), al Centro de Investigación “Drogas y Derechos Humanos” (CIDDH), a Intercambios Asociación Civil, y a la Red Andina de Información (AIN) por la revisión de la traducción.

Primera edición

Autores – Alex Stevens (University of Kent), Amira Armenta (Transnational Institute), Anderson Morales de Castro e Silva (Viva Rio), Ann Fordham (IDPC), Ross Bell (New Zealand Drug Foundation), Coletta Youngers (Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), Eric Carlin (asesor independiente), Niamh Eastwood (Release), Genevieve Harris (Release), Hugo Luck (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, NHS), Marie Nougier (IDPC), Mike Trace (IDPC), Roxanne Saucier (International Harm Reduction Development Programme).

Colaboraciones/revisión inter pares – Adriana Beltrán (Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), Alex Stevens (University of Kent), Daniel Wolfe (International Harm Reduction Development Programme), David Bewley-Taylor (profesor, Swansea University), Allan Clear (Harm Reduction Coalition), Christopher Hallam (IDPC), Ernestien Jensema (Transnational Institute), Kathy Ledebur (Red Andina de Información), Marie Nougier (IDPC), Nicola Singleton (Comisión sobre Políticas de Drogas del Reino Unido), Richard Pearshouse, Haydee Rosovsky (CRECE), Roxanne Saucier (International Harm Reduction Development Programme), Richard Elliott (Canadian HIV/AIDS Legal Network), Ricardo Soberón (Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos), Warren Young (New Zealand Law Commission).

Abreviaturas

DARE	Programa educativo para prevenir el consumo de drogas
ECOSOC	Consejo Económico y Social (ONU)
EUA	Estados Unidos de América
GHB	Ácido gammahidroxibutírico (ácido oxíibico)
HAARP	Programa regional de Asia sobre el VIH/SIDA
HRI	Reducción de Daños Internacional
IDPC	Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas
INPUD	Red Internacional de Personas que Usan Drogas
ITS	Infección de transmisión sexual
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
LSD	Dietilamida de ácido lisérgico
NADA	Agencia Nacional de Lucha contra las Drogas (Malasia)
NIDA	Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (Estados Unidos)
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
ONG	Organización no gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OTAN	Organización del Tratado del Atlántico Norte
PIAJ	Programa de intercambio de agujas y jeringuillas
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAH	Tratamiento asistido con heroína
TSO	Tratamiento de sustitución de opioides
UPP	Unidades de Policía Pacificadora (Río de Janeiro)
UE	Unión Europea
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Índice

Capítulo 1 – Principios fundamentales para desarrollar una política de drogas eficaz.....	1
1.1 Un enfoque estructurado para el diseño y la revisión de estrategias.....	4
1.2 Garantías en el cumplimiento de los derechos y las libertades fundamentales.....	6
1.3 Énfasis en los daños asociados al consumo y a los mercados de drogas.....	10
1.4 Fomento de la integración social de grupos marginados.....	12
1.5 Desarrollo de relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil.....	15
Capítulo 2 – Justicia penal.....	17
2.1 Reforma de las leyes de drogas.....	18
2.2 Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas.....	33
2.3 Reducción de los encarcelamientos.....	43
2.4 Intervenciones eficaces en materia de drogas en las cárceles.....	53
Capítulo 3 – Programas sanitarios y sociales.....	65
3.1 Prevención del consumo de drogas.....	66
3.2 Reducción de daños.....	76
3.3 Tratamiento de la dependencia de drogas.....	93
Capítulo 4 – Fortalecimiento de comunidades.....	106
4.1 Drogas controladas y desarrollo.....	107
4.2 Reducción de la violencia de los mercados de drogas.....	119
4.3 Fomento de medios de vida alternativos.....	129
4.4 Protección de los derechos de los pueblos indígenas.....	140
Glosario.....	150

Capítulo 1

Principios fundamentales para desarrollar una política de drogas eficaz

Principios fundamentales para desarrollar una política de drogas eficaz

Principios para una política de drogas eficaz

Para garantizar que las políticas y las estrategias en materia de drogas sean adecuadas al fin de abordar los complejos desafíos que plantean los mercados y el consumo de drogas en el siglo XXI, deben:

- Basarse en una **evaluación objetiva** de prioridades y pruebas empíricas
- Cumplir plenamente con las **normas internacionales de derechos humanos**
- Centrarse en reducir las **consecuencias nocivas** del consumo y de los mercados de drogas
- Fomentar la **integración social** de grupos marginados
- Trabajar para construir relaciones abiertas y constructivas entre gobiernos y **sociedad civil**.

Durante los últimos 50 años, la mayoría de los gobiernos nacionales ha seguido fielmente el modelo de política de drogas promovido por las convenciones sobre fiscalización de estupefacientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.

Aunque el principal objetivo de las convenciones, como se enuncia en el preámbulo de las convenciones de 1961 y 1971, es proteger 'la salud física y moral de la humanidad', el modelo se ha basado en gran medida en el principio de la disuasión. Así, se ha centrado en la aplicación de la ley para interrumpir la oferta y en severos castigos para desalentar la demanda, como estrategias clave para contener y, en última instancia, erradicar el mercado ilícito de las drogas. Estas políticas se han caracterizado normalmente por debates ideológicos y susceptibilidades políticas, considerando las decisiones en este sentido desde la óptica de la 'mano dura' o la 'mano blanda' frente a las drogas.

Sin embargo, los responsables de tales políticas se han visto últimamente obligados a replantear sus estrategias porque:

- Ha resultado imposible reducir de forma significativa y sostenida las dimensiones generales de los mercados ilícitos de drogas¹
- La aplicación del actual sistema de control de drogas ha tenido consecuencias negativas importantes, como el incremento de las ganancias y el alcance de la delincuencia organizada²
- El aumento de los problemas sanitarios y sociales entre las personas que consumen drogas obliga a una revisión de los efectos de la criminalización y marginación de sus usuarios³

- Algunos de los daños relacionados con el consumo de drogas pueden ser abordados con eficacia, mediante políticas cuyo principal objetivo no es reducir la prevalencia del consumo ni las dimensiones de los mercados de drogas⁴
- La ONU ha expresado su preocupación por las violaciones a los derechos humanos y a las libertades fundamentales, en el intento de cumplir con los objetivos de la fiscalización de drogas.⁵

Los gobiernos deben efectuar revisiones significativas de sus leyes nacionales de control de drogas para maximizar la seguridad, la salud y el desarrollo humanos.

En este contexto, los gobiernos deben efectuar revisiones significativas de sus leyes, estrategias y programas nacionales de control de drogas, con el fin de obtener el máximo partido de sus propios recursos para alcanzar el principal objetivo de las políticas de drogas: maximizar la seguridad, la salud y el desarrollo humanos.⁶

Actualmente, hay una serie de evidencias y experiencias en todo el mundo sobre la forma de desarrollar y evaluar estrategias de drogas nacionales, así como sobre cuáles actividades y programas resultan más eficaces. Esta Guía se basa en tales evidencias y experiencias para ofrecer un asesoramiento accesible para los responsables de tales

políticas para ayudarlos a desarrollar políticas eficaces que se adapten a los problemas y desafíos concretos de su país.

Para la formulación e instrumentación de políticas nacionales de drogas, proponemos cinco grandes principios normativos:

- 1) Las políticas de drogas se deberían desarrollar mediante una evaluación estructurada y objetiva de prioridades y pruebas empíricas.
- 2) Todas las actividades deberían llevarse a cabo en plena conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
- 3) Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias nocivas de las drogas y no en las dimensiones del consumo ni en la de sus mercados.
- 4) Las políticas y actividades deberían fomentar la integración social de grupos marginados.
- 5) Los gobiernos deberían procurar relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil para diseñar y desarrollar sus estrategias.

Cada uno de los capítulos que conforman esta Guía incorpora estos cinco principios fundamentales.

Notas

- 1 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 19982007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf
- 2 Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf; UKDPC (2009), *Refocusing drug-related law enforcement to address harms – Full review report* (London: UKDPC), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Refocusing_Enforcement_Full.pdf
- 3 Schiffer, K. & Schatz, E. (2008), *Marginalisation, social inclusion and health: experiences based on the work of Correlation European Network Social Inclusion and Health* (Amsterdam: The Correlation Network), http://idpc.net/sites/default/files/library/Correlation_Marginalisation_08_EN.pdf

- 4 Harm Reduction International (2011), *Harm Reduction: a low cost, high-impact set of interventions*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>; Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf
- 5 Grover, A. (agosto de 2010), Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Asamblea General de las Naciones Unidas A/65/255), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Anand-Grover-Report-SPA.pdf>; ONUDD (marzo de 2010), De la coerción a la cohesión: tratamiento de la drogodependencia mediante la atención sanitaria en lugar de sanciones (Viena: ONUDD), http://idpc.net/sites/default/files/library/Coersion_SPANISH.pdf; Nowak, M. (febrero de 2010), Report of the Special Rapporteur on torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (United Nations General Assembly A/HRC/13/39/Add.5), http://idpc.net/sites/default/files/library/A.HRC_.13.39.Add_.5_en.pdf; United Nations Office on Drugs and Crime Press Release (12 de marzo de 2009), Political declaration and action plan map out future of drug control, <http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2009/unisnar1048.html>
- 6 Preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: "Las Partes, Preocupadas por la salud física y moral de la humanidad", <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>

1.1 Un enfoque estructurado para el diseño y la revisión de estrategias

Dada la complejidad de los factores que influyen en los niveles y patrones de producción, suministro y consumo de drogas los gobiernos deberían adoptar un enfoque altamente estructurado para desarrollar respuestas normativas integrales e integradas. Las leyes sobre drogas y su aplicación representan sólo una de las muchas áreas de actividad gubernamental que pueden ser utilizadas para abordar su problemática.

El proceso para garantizar una buena formulación de las políticas de drogas a escala nacional debería incluir los componentes que se detallan a continuación.

- **Una declaración de objetivos de alto nivel** – Estos objetivos surgirán a raíz de una evaluación de las consecuencias más perjudiciales para la sociedad del consumo y mercados de drogas. Las comunidades y la sociedad civil –sobre todo los representantes de personas que cultivan y consumen drogas– son una fuente muy valiosa de conocimientos para ayudar a los responsables de tales políticas a determinar las prioridades que se deberían abordar en una estrategia nacional de drogas. Dependiendo de los contextos locales, las prioridades pueden centrarse en la reducción de la delincuencia y la violencia organizadas, el impacto del uso de drogas en las familias y comunidades, o el contagio del VIH y otros problemas de salud. Objetivos operativos como la cantidad de decomisos de drogas o el número de arrestos, no aportan indicadores sobre la reducción de los daños relacionados con las drogas y, por lo tanto, no son objetivos apropiados para incluir en una estrategia nacional.
- **Una descripción de las actividades que desplegará el gobierno y de los recursos para la consecución de los objetivos** – Cada vez hay más evidencia para guiar a los responsables de las políticas de drogas a desarrollar programas más eficaces para alcanzar sus objetivos. Por ejemplo, la oferta de programas de tratamiento de la dependencia de drogas reduce la delincuencia en las calles,¹ mientras que los programas de reducción de daños limitan los contagios del VIH y la hepatitis C.² Aunque la variedad y el alcance de las actividades se verán constreñidos por la disponibilidad de recursos, invertir en medidas eficaces se traducirá en un mayor ahorro, al rebajar los costes asociados a problemas sociales, sanitarios y de delincuencia.³
- **Una clara identificación del papel de las dependencias u organismos responsables de las actividades, y la coordinación entre ellos** – Los problemas de drogas de una sociedad no se pueden solucionar mediante una sola dependencia u organismo del gobierno. Una estrategia integral e integrada exige cooperación y coordinación entre muchos entes gubernamentales, incluidos los que trabajan en los ámbitos de salud, desarrollo social, justicia, educación y asuntos exteriores. Una buena ejecución de tales políticas debería realizarse a través de las oficinas locales de estas dependencias, en colaboración con las autoridades, los grupos sociales y religiosos de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil, las poblaciones afectadas, y las personas que consumen y/o cultivan drogas en la zona.

Los gobiernos deberían adoptar un enfoque estructurado para desarrollar respuestas normativas integrales, e integradas, en materia de drogas.

- **La cantidad de recursos destinados por el gobierno a respaldar estas actividades** – Las estrategias nacionales para las drogas difieren considerablemente en lo que se refiere a la asignación de recursos. Algunos países (especialmente los Estados Unidos de América, EUA) gastan miles de millones de dólares anuales en su estrategia contra las drogas, mientras que otros invierten muy poco. El gasto puede quedar oculto en los presupuestos generales de salud, educación, justicia o aplicación de la ley, donde es muy posible que no se evalúe explícitamente su impacto en cuanto a los objetivos de la estrategia de drogas. Los responsables de la formulación de políticas deben entender que la cantidad 'proactiva' que se gasta en financiar medidas normativas sobre drogas (es decir, en actividades de aplicación de la ley, campañas de prevención, programas para la reducción de daños y el tratamiento de la dependencia de drogas) significa un ahorro en el gasto 'reactivo' (como, por ejemplo, responder a la delincuencia relacionada con las drogas, la pérdida de actividad económica o el tratamiento del VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea).
- **Una articulación entre los alcances y el calendario de la estrategia, así como evaluaciones periódicas de los progresos realizados** – Si el objetivo es aprender de los éxitos y los fracasos en las políticas de drogas, es fundamental establecer mecanismos para evaluar el impacto de las estrategias en este ámbito. Esto supone fijar objetivos y calendarios claros, y comprometerse con la realización de revisiones objetivas y estructuradas de forma periódica (por ejemplo, cada cinco años). Muchos países elaboraron estrategias nacionales de drogas de carácter integral en los años noventa, pero no han revisado su estrategia de forma sistemática y objetiva. Esto ha llevado a que se sigan aplicando medidas normativas ineficaces y se pierdan oportunidades para adoptar enfoques más efectivos. Dado que ningún país ha conseguido resolver plenamente los problemas asociados con el consumo y los mercados de drogas, los responsables de adoptar políticas deben buscar constantemente mejores respuestas, basándose en pruebas empíricas y experiencias, y no por la influencia de ideologías e intereses políticos.

Notas

- 1 Gossop, M. (2005), *Drug misuse treatment and reductions in crime: findings from the National Treatment Outcome Research Study (NTSOR)* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), <http://www.addictionservicesguide.com/articles/NTORS.PDF>; Hughes, C.E. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *The British Journal of Criminology*, **50**(6): 999–1022; Rajkumar, A.S. & French, M.T. (1997), 'Drug abuse, crime costs and the economic benefits of treatment', *Journal of Quantitative Criminology*, **13**(3): 291–323, <http://www.springerlink.com/content/bg6247650485q36v/>
- 2 Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf; Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A. & Mattick, R. for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and injecting drug use (2008), 'Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet*, **372**(9651): 1733–1754, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2808%2961311-2/abstract>
- 3 Harm Reduction International (2011), *Harm reduction: a low cost, high-impact set of interventions*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>; National Treatment Agency for Substance Misuse (2009), *The Story of Drug Treatment* (London: NTA), http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/story_of_drug_treatment_december_2009.pdf; Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 'The economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)', *Addiction*, **99**(6): 697–707, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=15796344>

1.2 Garantías en el cumplimiento de los derechos y las libertades fundamentales

Según las convenciones de fiscalización de estupefacientes de la ONU, el principal objetivo del sistema de control de drogas es “la salud física y moral de la humanidad”.¹ Los organismos de control de drogas y los gobiernos nacionales también están sujetos a las obligaciones generales consagradas por los artículos 55 y 56 de la Carta de la ONU de 1945, que promueven el respeto y la observancia universales de los derechos humanos y las libertades fundamentales.²

Los derechos humanos emanan de la dignidad y el valor de la persona humana.³ Son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí,⁴ lo que significa que nadie puede ser despojado de ellos por cultivar o consumir drogas controladas o vivir con VIH. Así lo manifestó explícitamente en 2009 la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Navanethem Pillay: “las personas que consumen drogas no pierden sus derechos humanos”.⁵

Las normas internacionales de derechos humanos deben ser reconocidas como piezas clave del marco jurídico nacional en toda política de drogas.

Los derechos humanos no son una mera declaración de principios; los Estados tienen también obligaciones vinculantes de respetarlos, protegerlos y cumplirlos en virtud del derecho internacional.⁶ Esto significa que los gobiernos no deben menoscabar el disfrute de los derechos humanos de sus ciudadanos (incluidas las personas que consumen y/o cultivan drogas) ni permitir que lo hagan terceras partes, como los funcionarios de organismos policiales. También deben adoptar las medidas adecuadas –legislativas, constitucionales, presupuestarias y de cualquier otra índole– para hacer plenamente efectivos los derechos humanos de todos sus ciudadanos y ciudadanas.

Los gobiernos y las autoridades encargadas de la aplicación de la ley no han prestado la suficiente atención a los derechos y libertades fundamentales de las personas en el momento de elaborar y poner en práctica las políticas nacionales sobre drogas. A pesar de las inquietudes planteadas por varias agencias de la ONU –como la del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover⁷– los abusos de los derechos humanos siguen multiplicándose bajo los auspicios de la política de drogas (véase la [tabla 1](#)).⁸

Hoy en día, estos abusos de los derechos humanos reciben mayor atención del público y las organizaciones no gubernamentales (ONG) dedican un mayor esfuerzo a vigilar el desempeño de los Estados al respecto.⁹ Los organismos de fiscalización de estupefacientes de la ONU son también cada vez más conscientes de este problema. Por ejemplo, el director ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Yury Fedotov, señaló en septiembre de 2010 que, “La ONUDD trabaja para mejorar la vida de las personas y de comunidades en todo el mundo (...) La salud pública y los derechos humanos deben ser centrales para ese trabajo”.¹⁰ Tanto el antiguo Relator Especial de la ONU sobre la tortura, el profesor Nowak, como la Alta Comisionada de la ONU para los Derechos Humanos, Navanethem Pillay, han instado también a que las políticas de drogas sigan un enfoque basado en los derechos humanos.¹¹

Tabla 1. Violaciones de los derechos humanos en nombre de la fiscalización de estupefacientes

Derecho humano	Convención internacional sobre derechos humanos	Violaciones en nombre de la fiscalización de estupefacientes
Derecho a la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 4 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de la pena capital por delitos de drogas¹² • Asesinatos extrajudiciales por parte de organismos de aplicación de la ley¹³
Derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966 • Declaración sobre la Protección de todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, 1975 • Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, 1984 	<ul style="list-style-type: none"> • Detención arbitraria de personas que consumen drogas • Abusos en centros de tratamiento obligatorio para personas que consumen drogas¹⁴
Derecho a no ser sometido a esclavitud	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 4 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 8 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo de trabajos forzados en nombre del tratamiento de drogas¹⁵
Derecho a la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1944 • Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso limitado a medicamentos esenciales para el alivio del dolor¹⁶ • Acceso limitado a medidas de prevención, tratamiento y atención en materia de drogas y VIH
Derechos sociales y económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 22 (y siguientes) de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 6 y 7 (y siguientes) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> • Puesta en práctica de campañas de erradicación forzosa de cultivos, dejando a muchos campesinos sin medios de subsistencia¹⁷
Derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 7 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966 • Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965 • Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación discriminatoria de las leyes de control de drogas, especialmente con respecto a personas de minorías étnicas,¹⁸ indígenas, jóvenes y mujeres
Derecho a la intimidad	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de detener y registrar a personas, incluidos niños y niñas en edad escolar, por sospechar que llevan drogas; uso de perros adiestrados en escuelas
Derecho a estar protegido contra el uso ilícito de estupefacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño 	<ul style="list-style-type: none"> • La estrecha interpretación de este artículo lleva a poner un acento excesivo en la protección (campañas de 'Di no a las drogas', etc.). • Denegación de servicios de reducción de daños dirigidos a jóvenes¹⁹

Se necesita, por tanto, un cambio de paradigma que reconozca las normas sobre derechos humanos como elemento clave del marco jurídico nacional para las políticas de drogas.²⁰ Este nuevo marco jurídico debería centrarse en:

- **La salud pública**, con miras a mejorar el acceso a medicamentos esenciales y a desarrollar programas de reducción de daños, prevención, tratamiento y atención fundamentados en evidencia empírica
- **El desarrollo social**, con el objetivo de fomentar el desarrollo alternativo, la reducción de la pobreza, la educación, el empleo, la seguridad social, etcétera
- **La seguridad humana**, con miras a dirigir la aplicación de la ley sobre aquellos más responsables de los daños relacionados con las drogas y no sobre los pequeños traficantes que no constituyen un peligro, personas que consumen drogas y/o comunidades campesinas vulnerables.

Notas

- 1 Preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>
- 2 Según el artículo 103 de la Carta de la ONU, las obligaciones contraídas en virtud de la Carta prevalecerán sobre cualquier otro convenio internacional, incluidas las tres convenciones sobre drogas.
- 3 Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.
- 4 Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993), *Declaración y programa de acción de Viena* (A/CONF.157/23), 12 de julio de 1993, párr. 1.
- 5 United Nations Press Release (10 de marzo de 2009), 'High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy', <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>
- 6 Web de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU: *El derecho internacional de los derechos humanos*, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>
- 7 Grover, A. (agosto de 2010), Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Asamblea General de las Naciones Unidas A/65/255), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Anand-Grover-Report-SPA.pdf>
- 8 Human Rights Watch, Open Society Institute & International Harm Reduction Association, *UNGASS Ten year drug strategy review: ten ways drug policy affects human rights*, http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/3.15.2009_Health_Drugsandhumanrightsfactsheet1.pdf
- 9 The Beckley Foundation Drug Policy Programme, International Harm Reduction Association, Human Rights Watch & The Canadian HIV/AIDS Legal Network (2008), *Report 13 – Recalibrating the regime: the need for a human rights-based approach to international drug policy* (Oxford: The Beckley Foundation), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Recalibrating%20the%20regime.pdf>
- 10 Comunicado de prensa de las Naciones Unidas (13 de septiembre de 2010), *Nuevo director ejecutivo sobre drogas y el delito de la ONU priorizará la salud pública y la atención humanizada* (UNIS/INF/386), <http://www.unodc.org/southerncone/es/frontpage/2010/09/13-novo-diretor-executivo-sobre-drogas-e-crime-das-nacoes-unidas-dara-prioridade-a-saude-publica-e-ao-atendimento-humanizado.html>
- 11 United Nations Press Release (10 de marzo de 2009), *High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy*, <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>
- 12 En 2010, 33 países mantenían la pena capital por delitos de drogas: Harm Reduction International (2010), *Complicity or abolition? The death penalty and international support for drug enforcement* (London: Harm Reduction International), http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_DeathPenaltyReport_2.pdf
- 13 Haugaard, L. & Nicholls, K. (diciembre de 2010), *Rompiendo el silencio: en la búsqueda de los desaparecidos de Colombia* (Washington DC: Grupo de Trabajo sobre Asuntos Latinoamericanos y Oficina en los Estados Unidos sobre Colombia), <http://lawg.org/storage/documents/Colombia/RompiendoElSilencio.pdf>

- 14 Open Society Foundations (junio de 2011), *Treatment or torture? Applying international human rights standards to drug detention centers* (New York: International Harm Reduction Program, Open Society Foundations), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Treatment-or-torture.pdf>; Nowak, M. (febrero de 2010), *Report of the Special Rapporteur on torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* (United Nations General Assembly A/HRC/13/39/Add.5), http://idpc.net/sites/default/files/library/A.HRC_.13.39.Add_.5_en.pdf; Wolfe, D. & Saucier, R. (mayo de 2010), 'In rehabilitation's name? Ending institutionalised cruelty and degrading treatment of people who use drugs', *International Journal of Drug Policy*, **21** (3): 145–148, <http://www.ijdp.org/article/PIIS0955395910000095/abstract?rss=yes>
- 15 Human Rights Watch (enero de 2010), *'Where darkness knows no limits' – incarceration, ill-treatment, and forced labor as drug rehabilitation in China* (New York: Human Rights Watch), http://idpc.net/sites/default/files/library/hrw_china_darkness%20knows%20no%20limits.pdf
- 16 La OMS calcula que aproximadamente el 80 por ciento de la población mundial tiene acceso nulo o insuficiente a tratamientos para aliviar los dolores moderados o severos: World Health Organisation, Access to Controlled Medications Programme (2007), *Improving access to medications controlled under international drug conventions*, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_brnote_english.pdf
- 17 Mansfield, D. (2011), *Assessing supply-side policy and practice: Eradication and alternative development* (Geneva: Global Commission on Drug Policy), <http://idpc.net/sites/default/files/library/crop-eradication-and-alternative-development.pdf>
- 18 En los EUA, por ejemplo, es diez veces más probable el encarcelamiento por un delito de drogas de un ciudadano afroamericano que de uno blanco: Human Rights Watch (2008), *Targeting blacks: drug law enforcement and race in the United States* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/en/node/62236/section/1>
- 19 International Harm Reduction Association & Youthise. *Drugs, Harm Reduction and the UN Convention on the Rights of the Child: Common themes and universal rights*, <http://www.ihra.net/child-rights>
- 20 Barrett, D. & Nowak, M. (2009), 'The United Nations and Drug Policy: Towards a Human Rights-Based Approach'. En Constantinides, A. & Zaikos N., eds., *The diversity of international law: essays in honour of Professor Kalliopi K. Koufa* (Leiden: Brill/Martinus Nijhoff): 449-477, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1461445

1.3 Énfasis en los daños asociados al consumo y a los mercados de drogas

Los gobiernos nacionales han centrado gran parte de sus iniciativas de control de drogas en reducir las dimensiones de los mercados usando medios punitivos, con el convencimiento de que, de este modo, se reducirían los daños relacionados con esas sustancias.¹ En el momento en que se redactaron las convenciones sobre drogas de la ONU, se daba por supuesto que la mejor forma de alcanzar estos objetivos sociales y sanitarios consistía en acabar con la oferta de drogas y encarcelar a traficantes y usuarios. Por lo tanto, los avances alcanzados en las políticas de drogas se han calculado generalmente en términos de las 'mediciones del proceso', como el número de decomisos de drogas, el número de traficantes y usuarios arrestados, y la dureza de los castigos.

Sin embargo, estas iniciativas han resultado, en gran medida, un fracaso. A pesar de toda la inversión política y financiera en políticas represivas durante los últimos 50 años, la oferta y el consumo de drogas están más extendidos que nunca. Aunque en teoría reducir las dimensiones de los mercados de drogas podría conducir a disminuir también los daños, en la práctica sucede a menudo lo contrario. Así, por ejemplo, una operación contra una red de tráfico que se salde con éxito puede intensificar la violencia cuando las bandas rivales luchan por hacerse con el 'vacío' dejado;² y una acción contra una droga determinada puede llevar a las personas que consumen drogas a pasarse a otras sustancias que pueden resultar más nocivas.³

La experiencia también ha demostrado que existe muy poca correlación entre los incrementos en el 'proceso' de implementación de políticas represivas de control de drogas y el logro de resultados importantes para las personas y las comunidades: mejor salud, mayor seguridad y más bienestar comunitario.

El concepto de reducción de daños se debería aplicar a todos los aspectos de las políticas de drogas.

En los mercados de consumo, por ejemplo, el arresto generalizado de personas que consumen drogas no reduce el uso, sino que exacerba los problemas sociales y sanitarios. Criterios como el número de arrestos o los golpes contra drogas concretas o redes de tráfico son, por lo tanto, de poca relevancia para alcanzar los resultados deseados: reducir la delincuencia relacionada con las drogas, mejorar la seguridad de las comunidades y reducir los problemas de salud relacionados a su consumo, como las sobredosis y el VIH/SIDA.

Erradicar cultivos en los países de origen no acaba, tampoco, con el flujo de drogas a los mercados de consumo, pero sí provoca importantes problemas sociales y económicos en las comunidades de zonas donde se cultivan plantas que derivan en drogas. Las mediciones del proceso que se aplican en el ámbito de la reducción de la oferta –la extensión de los cultivos erradicados y los niveles de producción de drogas– son también unos indicadores de progreso poco sólidos. Aunque estos programas de erradicación han mostrado resultados desiguales en su impacto local, el mercado general para las drogas producidas sigue fundamentalmente intacto, ya que las áreas y los métodos de producción van cambiando para responder a las circunstancias. Los indicadores de los resultados deseados deberían centrarse más bien en reducir la violencia asociada con el mercado de las drogas y mejorar el

desarrollo social y económico de las comunidades vulnerables y marginadas que viven en estas áreas. Perseguir el objetivo a largo plazo de 'una sociedad sin drogas' ya no es una política sostenible. El objetivo inherente en las estrategias internacionales y nacionales más actuales –reducir de forma significativa las dimensiones de los mercados y el consumo– es también infructuoso, y ha llevado a que se destinen una atención y unos recursos excesivos a programas ineficaces, mientras que los programas sociales y sanitarios que han demostrado reducir los daños relacionados con las drogas tienen escasos recursos y apoyos políticos. En este contexto, es necesario volver a enmarcar los objetivos de las políticas de drogas.

El concepto de reducción de daños se ha vinculado tradicionalmente con el conjunto de actividades en materia de salud pública que limitan los riesgos sanitarios del consumo de drogas, aunque no reduzcan necesariamente el nivel general de uso.⁴ Dado que la reducción de daños ha demostrado su eficacia para mejorar los indicadores sociales y sanitarios, el concepto se debería aplicar igualmente a todos los aspectos de las políticas de drogas. Los responsables de formular tales políticas deben enunciar de forma explícita los daños concretos que pretenden reducir a través de las medidas adoptadas, diseñar y proporcionar recursos a programas que demuestren empíricamente reducir dichos daños y evaluar estos programas para garantizar que proporcionen los resultados deseados.

Es preciso dejar atrás los indicadores de escala, e incorporar indicadores de daños reales, como los niveles de delincuencia violenta y corrupción asociados con el tráfico de sustancias, indicadores de desarrollo social y económico de las comunidades en zonas de cultivo de drogas, y mejoras en el bienestar socio-económico y sanitario en los mercados de consumo.

Notas

- 1 Preámbulos de las convenciones de 1961 (<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>), 1971 (http://www.incb.org/pdf/s/conv/convention_1971_es.pdf) y 1988 (http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf).
- 2 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 19982007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf; Roberts, M., Trace, M. & Klein, A. (2004), *Beckley Report 3 – Law enforcement and supply reduction* (Oxford: DrugScope & Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_lawenforce.pdf
- 3 Hallam, C. (April 2010), *IDPC Briefing Paper – Jar wars: the question of schools-based drug testing* (London: International Drug Policy Consortium), http://idpc.net/sites/default/files/library/Schools%20Briefing%20paper%202010%20FINAL_0.pdf
- 4 Harm Reduction International. (2010). *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association* (London: HRI), http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf

1.4 Fomento de la integración social de grupos marginados

La distribución en el consumo de drogas entre distintos grupos sociales varía según el país. En algunos, se reparte uniformemente en toda la geografía, entre clases sociales y diferentes razas o culturas; en otros, se concentra en áreas o grupos concretos. Sin embargo, parece imperar una tendencia común en todas las sociedades: la dependencia de las drogas se concentra fuertemente entre los grupos más marginados de la sociedad. Este hecho no resulta sorprendente, ya que las pruebas demuestran que la dureza de las condiciones de vida, así como los traumas y dificultades emocionales asociadas, son importantes factores que contribuyen al desarrollo de la dependencia a las drogas.¹ Siguiendo una línea parecida, el cultivo de productos destinados al mercado ilícito de drogas se concentra en las zonas más pobres del mundo.²

Gran parte del trabajo de las dependencias nacionales de desarrollo social se centra en mejorar las condiciones de vida de grupos marginados, y en integrarlos a las corrientes sociales y económicas dominante. Sin embargo, muchos aspectos de las políticas de drogas nacionales han tenido el efecto contrario:

- La desaprobación del consumo de drogas estigmatiza a las personas y, en ocasiones, a comunidades enteras, limitándoles con esto su capacidad para participar en la actividad social y económica.
- Los jóvenes capturados consumiendo drogas o en posesión de éstas suelen ser excluidos de ámbitos como la educación y el empleo, con lo que se incrementa el riesgo de hacer más críticos sus problemas sanitarios, sociales y económicos.
- Los programas que se centran en arrestos y en duras sanciones penales hacia las personas que consumen o cultivan drogas tienen un escaso efecto de disuasión. En cambio, alejan a dichas personas de influencias sociales positivas e incrementan su exposición a riesgos sanitarios y grupos delictivos.
- La aplicación de la ley y otras actividades que fomentan la clandestinidad de las personas que consumen drogas, dificulta aún más el acceso de dichas personas a los programas sanitarios y sociales.

La marginación social se puede minimizar adoptando políticas que afronten la estigmatización de grupos vulnerables.

La marginación social se puede minimizar disminuyendo el arresto generalizado o el duro castigo de las personas que consumen o cultivan drogas, y adoptando políticas y programas que afronten la marginación y estigmatización de grupos vulnerables.

Esta idea cuenta con creciente respaldo internacional. El secretario general de la ONU, por ejemplo, instó "a todos los países a eliminar las leyes, las políticas y las prácticas punitivas que dificultan la respuesta al SIDA (...) En muchos países, los marcos jurídicos institucionalizan la discriminación contra los grupos de mayor riesgo (...) Debemos asegurar que las respuestas al SIDA se basen en pruebas concretas, no en ideologías, y llegar a las personas más necesitadas y afectadas".³ Éste es un giro significativo con respecto a los enfoques tradicionales de las políticas de drogas basadas en el principio de la disuasión

(la idea de que un castigo duro servirá para desalentar a los consumidores actuales y potenciales, lo cual conducirá a la desaparición del mercado ilícito de las drogas). La disuasión no constituye un factor significativo en el nivel de dependencia a las drogas de un grupo determinado, mientras que sí lo son la oferta y el precio de una sustancia, la pobreza, la desigualdad y las condiciones de vida duras.⁴

Muchos países se decantan actualmente por la **despenalización** (la reducción de las penas por los delitos de drogas) o la **descriminalización** (los delitos de drogas salen del ámbito penal; véase el [cuadro 4](#) en el apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas) para evitar empeorar la exclusión social de las personas que consumen drogas.⁵ En un plano más general, las políticas que persiguen fomentar la inclusión social pueden ser específicas, o bien formar parte de un programa sanitario, social y económico más amplio.

Políticas específicas en materia de drogas

- Las leyes de drogas y su aplicación deberían evitar medidas que recrudescen la marginación de las personas que las consumen o cultivan.
- Los programas de prevención y educación se deberían elaborar cuidadosamente para evitar procesos que impidan a los jóvenes seguir una transición sana hacia la edad adulta, como la exclusión de la escuela o la denegación de otros servicios.
- Los programas de tratamiento de dependencia de las drogas se deberían enfocar en facilitar que las personas dependientes se reintegren en su comunidad.
- Los representantes de los grupos más afectados por las políticas de drogas, especialmente las personas que las consumen o cultivan, tienen derecho a participar en el diseño y la instrumentación de tales políticas y de los programas afines. Su participación garantiza que las políticas y los programas estén bien fundamentados y no produzcan consecuencias negativas no deseadas.⁶

Política social y económica más amplia

Los niveles generales de pobreza y desigualdad tienen un mayor impacto a largo plazo sobre la prevalencia del consumo de drogas, en cualquier sociedad, que las políticas nacionales concretas hacia ellas.⁷ El ejemplo que se suele citar con más frecuencia se encuentra en Europa, donde Suecia y los Países Bajos comparten unos niveles relativamente bajos de consumo de drogas a pesar de seguir al respecto políticas muy divergentes.⁸ Lo que tienen en común estos países es que son sociedades con altos niveles de bienestar e igualdad, con comunidades y programas sociales sólidos. Si la prioridad de un gobierno consiste en reducir el nivel general de dependencia de las drogas, debe perseguir abordar los grandes retos en materia de políticas sociales, en lugar de ahondar la exclusión social con políticas severas hacia ellas.

Notas

- 1 Véase, por ejemplo: Moore, G., Gertz, M. & Manias, E. (2007), 'Homelessness, health status and emergency department use: An integrated review of the literature', *Australasian Emergency Nursing Journal*, **10**(4): 178–185, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626707001097>; Breslau, N. (2002), 'Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders'. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **47**(10): 923–929, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12553127>
- 2 Melis, M. & Nougier, M. (octubre de 2010), *Informe del IDPC – El impacto de las políticas de drogas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/es/publications/drug-policy-development-spa>; The Nossal Institute for Global Health (2010), *Dependent on development – the interrelationships between illicit drugs and socioeconomic development* (Melbourne: The Nossal Institute for Global Health), http://idpc.net/sites/default/files/library/Dependent_on_Development_Report_and_Case_Studies_March2011.pdf

- 3 Secretario General de las Naciones Unidas (2009), *Mensaje del Secretario General con motivo del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA*, <http://www.un.org/spanish/sg/messages/aidsday2009.html>
- 4 March, J.C., Oviedo-Joekes, E. & Romero, M. (2006), 'Drugs and social exclusion in ten European cities', *European Addiction Research* **12**(1): 33–41, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16352901>; Buchanan, J. (2004), 'Missing links? Problem drug use and social exclusion', *Probation Journal*, **51**(4):387–397, <http://prb.sagepub.com/cgi/content/abstract/51/4/387>; Wilkinson, R. & Marmot, M.G. (2003), *Social determinants of health: the solid facts* (Geneva: WHO), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- 5 Este enfoque se ha adoptado recientemente en Portugal con muy buenos resultados (para más información, véase el capítulo 2: Justicia penal).
- 6 Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance & Open Society Institute (2008), 'Nothing about us without us' - Greater meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical and human rights imperative (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance & Open Society Institute), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/nothingaboutus_20080603/Int%20Nothing%20About%20Us%20%28May%202008%29.pdf
- 7 Compárense los mapas del Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): <http://hdr.undp.org/es/datos/tendencias/> con los datos recopilados por el *Informe mundial sobre las drogas correspondiente a 2011*: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>; véase también, por ejemplo: Comparative study of the impact of drug policy in Amsterdam and San Francisco on drug use. In Reinerman, C., Cohen, P.D., & Kaal, H.L. (2004), 'The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and San Francisco'. *American Journal of Public Health* **94**(5): 836–842, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117709>
- 8 Stephens, A. (2011), *Drugs crime and public health: the political economy of drug policy* (Abingdon: Routledge), Chapter 7, pp.108–128.

1.5 Desarrollo de relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil

A efectos de la presente Guía, el término 'sociedad civil' comprende a las personas y las comunidades más afectadas por las políticas de drogas (y a sus representantes), como personas que consumen sustancias, personas que viven con el VIH, personas que cultivan productos destinados al mercado ilícito de las drogas, indígenas, jóvenes y mujeres, proveedores de servicios de reducción de daños, ONG, y académicos que trabajan en el ámbito de las políticas de drogas.

Las políticas hacia el VIH/SIDA tomaron conciencia, desde un principio, de que la participación de aquellas personas y comunidades más afectadas por el virus era de vital importancia para responder a la epidemia de forma eficaz y sostenible. En el campo de las políticas de drogas, las organizaciones de

Se deberían crear canales de comunicación respetuosos, estratégicos, constructivos, transparentes y responsables entre los gobiernos y la sociedad civil.

la sociedad civil también desempeñan un papel fundamental en el análisis del fenómeno y en la ejecución de programas y servicios. Sin embargo, las susceptibilidades políticas han llevado con frecuencia a los responsables de adoptar las normas en materia de drogas, a ver a la sociedad civil como un problema que es mejor evitar. Pero debido a su conocimiento y comprensión de los mercados de las drogas y de las comunidades que las consumen, además de su capacidad para llegar a los grupos más marginados de la sociedad, las organizaciones de la sociedad civil representan una inestimable fuente de información para los responsables de formular políticas. Esto es especialmente cierto en el caso de las organizaciones que representan a personas que consumen o cultivan drogas.

En los últimos años, el sistema de fiscalización de estupefacientes de la ONU ha empezado a reconocer la perspectiva y el valor añadido que las organizaciones de la sociedad civil han aportado al debate sobre políticas de drogas.¹ Por ejemplo, en la Comisión de Estupefacientes se creó un mecanismo estructurado para la participación de las ONG mediante la iniciativa 'Más allá de 2008'. Este proyecto, de dos años, reunió a miles de representantes de la sociedad civil de todo el mundo para discutir el impacto del sistema de control de drogas en sus países, y para adoptar una serie de recomendaciones que después se presentarían a la Comisión de Estupefacientes². La Junta Internacional del Fondo Mundial también ofrece tres asientos, con pleno poder de voto, a organizaciones de la sociedad civil, y los Mecanismos de Coordinación de País del Fondo Mundial organizan alianzas entre actores de la sociedad civil y entes gubernamentales para garantizar que todas las partes relevantes participan en el proceso de toma de decisiones.³ La participación de la Red Internacional de Personas que Usan Drogas (INPUD),⁴ por ejemplo, ha sido decisiva para promover políticas de drogas humanas y de base empírica en estos diversos foros.

La participación positiva de grupos de la sociedad civil en debates sobre políticas de drogas es muy provechosa. Gracias a ella, los encargados de diseñar las políticas pueden:

- establecer prioridades y formular políticas mejor fundamentadas, basadas en experiencias y recomendaciones prácticas

- facilitar la comunicación con actores clave de la sociedad civil, garantizando que las personas y las comunidades participen en la planificación de políticas que les afectarán
- establecer alianzas, mutuamente ventajosas, con organizaciones de la sociedad civil para emprender la elaboración conjunta y/o la ejecución de programas, y llegar a los grupos más vulnerables y marginados
- crear una red dinámica de organizaciones de la sociedad civil capaz de apoyar el diseño, la aplicación, la supervisión y la evaluación de políticas y programas.

En conclusión, se deberían crear canales de comunicación respetuosos, estratégicos, constructivos, transparentes y responsables entre los gobiernos y la sociedad civil.¹

Notas

- 1 Para más información, véase: United Nations (2008), *UN-civil society engagement: year in review 2007* (New York and Geneva: United Nations), http://www.un-ngls.org/IMG/pdf/Final_Year_in_Review_2007.pdf
- 2 United Nations Office on Drugs and Crime (2008), *Looking beyond: towards a stronger partnership with civil society organizations on drugs and crime – bringing civil society's voice to the international debate!* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/documents/NGO/New_Leaflet_Looking_Beyond.pdf; United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *Independent evaluation of Beyond 2008 (GLO/J37)* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://idpc.net/sites/default/files/library/Beyond_2008_Evaluation_FINAL_August_2009%20%282%29.pdf
- 3 <http://www.theglobalfund.org/en/civilsociety/>
- 4 International Network of People who Use drugs (INPUD), www.inpud.net



Capítulo 2

Justicia penal

2.1 Reforma de las leyes de drogas

En este apartado

- El marco jurídico internacional
- Cuestiones técnicas que se deben tener en cuenta en las actuales leyes sobre drogas
- Posibilidades para la reforma de las leyes de drogas
- Despenalización
- Descriminalización de facto
- Descriminalización
- Regulación legal

Dejar de hacer hincapié en la criminalización y sanción de las personas que consumen drogas para enfocarse en la promoción de los derechos humanos, la salud pública y el desarrollo socio-económico dará mejores resultados y será más coherente con otros ámbitos de la política social y sanitaria.

¿Por qué es importante la reforma de las leyes de drogas?

Desde que se creó el sistema internacional de fiscalización de estupefacientes, la estrategia predominante para reducir la dimensión de los mercados de drogas y el consumo de éstas se ha basado en el principio de la disuasión y se ha centrado en poner en práctica leyes estrictas que prohíben la producción, la distribución y el uso de sustancias controladas. Se creía que esta estrategia, que persigue desalentar toda implicación en el mercado ilícito de las drogas amenazando con el castigo, reduciría –y en última instancia eliminaría– el mercado mundial de las drogas y los daños sociales y sanitarios asociados a éste.

Muchos estudios reconocen ahora el impacto limitado de los dos elementos principales de esta estrategia: contener la oferta mediante controles sobre la producción y la distribución, y contener la demanda a través del castigo y la disuasión.¹ Esta política también ha derivado en una serie de consecuencias negativas. En 2008, el entonces director ejecutivo de la ONUDD presentó una lista de consecuencias negativas no deseadas. Dichas consecuencias se resumen a continuación.²

- Se crea un enorme y lucrativo **mercado negro delictivo**, que es explotado por poderosas organizaciones delictivas. Las acciones de represión contra estos mercados pueden generar las condiciones que favorecen a los delincuentes más violentos e implacables.
- El problema del **desplazamiento de las políticas** se refiere al hecho de que los ya limitados recursos utilizados para abordar el mercado de las drogas se dirigen fundamentalmente hacia intervenciones represivas ineficaces, por lo que queda poco para programas socio-económicos y de salud pública.

Las actuales estrategias de control de drogas no han conseguido reducir la dimensión del mercado ilícito de las drogas y han generado graves consecuencias negativas.

- **El desplazamiento geográfico**, también conocido como 'efecto globo', significa que, después de que una operación se salde con éxito en una determinada región productora, la producción de drogas aumenta en otra zona del país, de la región o del mundo. Los analistas han observado que una operación exitosa contra una determinada red de tráfico puede conducir a un auge de la violencia, ya que otros grupos de traficantes luchan por el control del 'vacío' dejado.
- **El desplazamiento de sustancias** supone que, cuando una intervención aborda una sustancia específica a través de la reducción de la oferta o de la demanda, los comerciantes de drogas y las personas que las consumen se pasan a otras sustancias, en ocasiones más nocivas.³
- La criminalización de las personas que consumen drogas intensifica su **marginación y estigmatización**. Las acciones de represión contra las personas que consumen drogas, y la condena social de su conducta, suelen ser contraproducentes, ya que dificultan su acceso a servicios sociales y sanitarios y su productividad en la sociedad. Criminalizar a estas personas también rompe los lazos positivos con la familia y la comunidad, y socava su acceso al empleo y la educación. Las minorías se ven especialmente afectadas, ya que suelen ser el principal objetivo de las intervenciones de aplicación de la ley.

Los gobiernos deben buscar opciones de reforma de las leyes de drogas que se adapten a sus circunstancias y estructuras jurídicas.

La dura fiscalización de las drogas también acarrea otras consecuencias. Entre ellas, y por mencionar sólo algunas,⁴ las leyes que prohíben la distribución de 'accesorios' (o parafernalia), lo cual aleja a las personas que consumen drogas de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas;⁵ las leyes que dificultan un legítimo acceso a medicamentos fiscalizados (como el cannabis, la morfina, el éxtasis, la metadona y la

buprenorfina) con fines terapéuticos o científicos, lo cual deja a millones de personas sin la posibilidad de tratar la dependencia de los opioides y el dolor moderado a severo;⁶ y la imposición de sanciones desproporcionadas a los autores de delitos de drogas.⁷

Teniendo en cuenta el impacto limitado y las consecuencias negativas de los marcos jurídicos tradicionales para reducir las dimensiones del mercado mundial de las drogas, los gobiernos deben buscar opciones de reforma de las leyes de drogas que se adapten a sus propias circunstancias y estructuras jurídicas. En este capítulo, se examina el marco internacional en el que debería actuar toda reforma, se analizan los principios clave de las leyes de drogas y se presentan distintos tipos de posibles reformas.

El marco jurídico internacional

Las convenciones sobre drogas de las Naciones Unidas

El régimen mundial de fiscalización de estupefacientes se compone de tres convenciones complementarias, firmadas y ratificadas por la mayoría de los Estados miembros de la ONU.

- **La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de la ONU**⁸ clasifica las drogas en listas y exige que se les impongan estrictos controles debido a la nocividad de sus características, los riesgos de dependencia y/o su valor terapéutico. El principal objetivo de la convención es fiscalizar las drogas restringiendo su uso a fines 'médicos y científicos'.
- **El Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971**⁹ introdujo un régimen de control equivalente para toda una serie de sustancias psicotrópicas de desarrollo posterior, como alucinógenos y tranquilizantes, limitando su uso a fines 'médicos y científicos'. El Convenio también promueve la cooperación internacional para abordar el tráfico de drogas (artículo 21).

- **La Convención de la ONU contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988**¹⁰ se introdujo para contrarrestar a los grupos cada vez más poderosos y sofisticados de la delincuencia organizada transnacional y fomenta la cooperación internacional para abordar el tráfico de drogas con eficacia. Los países signatarios están obligados a adoptar las medidas que sean necesarias para *tipificar como delitos penales en su derecho interno toda actividad* relacionada con la producción, la venta, el transporte, la distribución o la adquisición de las sustancias incluidas en las convenciones de 1961 y 1971 (artículos 3, párrafos 1 y 21).

Las tres convenciones permiten a los países signatarios adoptar medidas para el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación o la reinserción social de aquellas personas que hayan cometido delitos relacionados con drogas y se consideren dependientes de sustancias. A los autores de tales delitos se les puede animar a iniciar un tratamiento de drogas, ya sea como alternativa o como complemento de las sanciones penales.¹¹ En cuanto al consumo de drogas, las convenciones no disponen ninguna exigencia específica de criminalización y prevén una flexibilidad considerable para los delitos menores relacionados con el consumo personal.¹² Por tanto, en el marco de las convenciones hay lugar para cierto nivel de **despenalización** y/o **descriminalización** (véase el [cuadro 4](#), apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas) en casos de delitos como la tenencia y el cultivo para el consumo personal¹³ (estos dos conceptos se explican más adelante).

Aunque estas convenciones imponen deberes a los gobiernos nacionales, los Estados signatarios gozan de una discreción considerable sobre la forma de enmarcar y aplicar las leyes nacionales sobre drogas.¹⁴ Al aplicar las convenciones sobre drogas de la ONU, los gobiernos deberían tener en cuenta, en primer lugar, que el principal objetivo de las convenciones es mejorar 'la salud física y moral de la humanidad',¹⁵ y, en segundo, que también deben cumplir sus obligaciones en virtud de otras convenciones internacionales, como las que protegen los derechos humanos y las libertades fundamentales.

El sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas

La única referencia explícita al uso ilícito de estupefacientes aparece en el artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño, pero las cuestiones planteadas en materia de leyes y políticas de drogas están implícitas en toda la arquitectura de tratados de derechos humanos. Los derechos humanos y las libertades fundamentales rigen también en el contexto de las políticas de drogas, y las personas que consumen estas sustancias, como cualquier otro ciudadano, deberían gozar de tales derechos en todo momento (véase el [apartado 1.2: Garantía del cumplimiento de los derechos y las libertades fundamentales](#)). Los gobiernos de todo el mundo han firmado varios tratados y declaraciones internacionales que protegen distintos aspectos de los derechos humanos, como el derecho a la vida, a la salud, a un debido proceso, a no sufrir ningún tipo de discriminación y a no ser sometido a tortura ni a esclavitud, por mencionar algunos.

Sin embargo, y como se explica en el [apartado 1.2](#), varias políticas de drogas han desembocado en graves violaciones de los derechos humanos. Al diseñar políticas de drogas es fundamental que sus responsables se aseguren de que éstas estén en consonancia con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Cuestiones técnicas que se deben tener en cuenta en las actuales leyes sobre drogas

Las drogas y su clasificación

La mayoría de las leyes nacionales clasifican las sustancias controladas por listas, según el peligro que se les atribuye, y cada una de las listas está vinculada con una jerarquía de sanciones que está pensada para ayudar a juzgar la gravedad del delito cometido en relación con una sustancia.

Las convenciones internacionales sobre drogas ofrecen a los gobiernos orientaciones sobre cómo clasificar las sustancias controladas. Sin embargo, el mecanismo de clasificación que ofrecen las convenciones se creó hace 50 años –en una época en que las pruebas científicas eran escasas– y, en ocasiones, confusas e incoherentes, como han señalado tanto la OMS¹⁶ como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).¹⁷ Por ejemplo, el cannabis, la hoja de coca y la morfina se han utilizado para aliviar el dolor durante cientos de años. No obstante, a pesar de que existen pruebas de que estas sustancias causan pocos daños a las personas, están incluidas en la Lista I de la Convención de 1961, el régimen de control de drogas más estricto y que se aplica, por ejemplo, a la heroína.

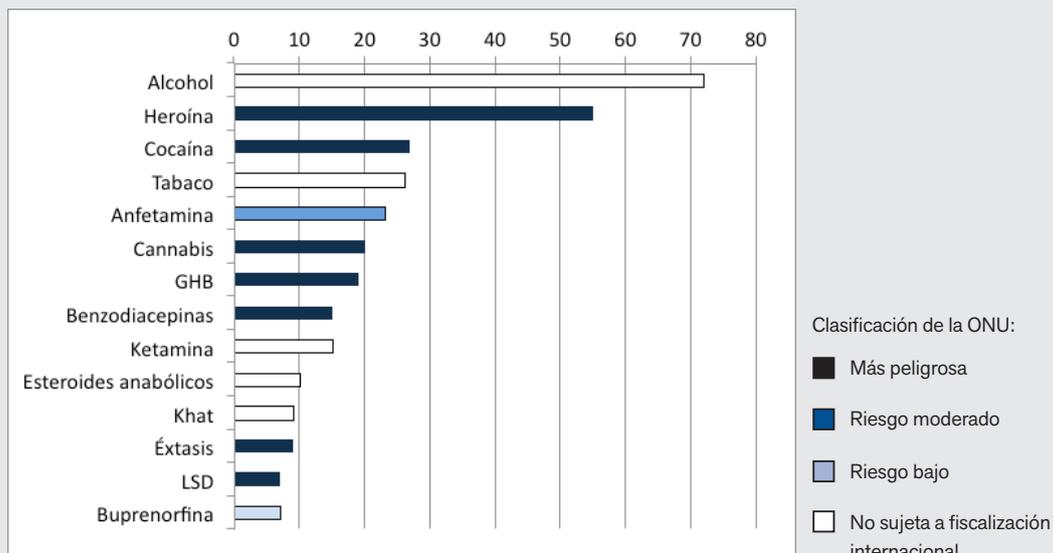
El problema que plantean las listas de drogas es la dificultad de mantener un enfoque científico ante la clasificación de sustancias.

En el [cuadro 1](#) se destacan las discrepancias entre los niveles de daño y los niveles de control de varias drogas. Aunque el estudio analizado tiene sus limitaciones por la dificultad de medir los daños asociados con una sustancia específica, demuestra claramente que el sistema de clasificación promovido por las convenciones de drogas de la ONU no se basa en pruebas empíricas.

Cuadro 1. Discrepancias entre los niveles de daño y los niveles de control

En un informe publicado en la revista *The Lancet* en 2007¹⁸ y revisado en 2010,¹⁹ un equipo de científicos británicos clasificó las drogas lícitas y controladas en función de los daños reales y potenciales que podrían provocar a la sociedad, y compararon sus conclusiones con la clasificación de cada sustancia en la Ley sobre uso indebido de estupefacientes del Reino Unido. El [gráfico 1](#) muestra las conclusiones del estudio de 2010 sobre los daños relacionados con cada sustancia y los compara con el sistema de clasificación de drogas establecido por las convenciones de la ONU en la materia.²⁰

Gráfico 1. Clasificación de sustancias de la ONU y niveles de daño



El principal problema que plantean las listas de drogas es, por tanto, la dificultad de mantener un enfoque científico ante la clasificación de sustancias. Uno de los problemas es la constante evolución de las investigaciones sobre los daños relacionados con ciertas drogas. Otro problema importante que lleva a evaluaciones erróneas sobre el daño relacionado con las drogas es el hecho de que dicho daño está en gran medida determinado por factores como la dosis, la vía de administración, la frecuencia de uso, el policonsumo, el tipo de entorno en que se realiza el consumo, etcétera. En consecuencia, la clasificación raras veces se basa en pruebas sólidas, sino más bien en prejuicios ideológicos y culturales.

El mecanismo de clasificación de las drogas se ve aún más complicado por la rápida aparición de nuevas sustancias sintéticas, también denominadas 'euforizantes legales',²¹ y por el creciente consumo de fármacos.

Los gobiernos deben asegurarse de que las penas por delitos de drogas sean proporcionadas.

El principio de que distintos tipos de sustancias pueden atraer distintos niveles de control para delitos relacionados con drogas sigue siendo útil, siempre que la clasificación no sea el único determinante a la hora de imponer las penas cuando dicho delito se encuentre en el ámbito de la justicia penal (véase más abajo, sobre la garantía de la proporcionalidad de

las penas). La clasificación, por lo tanto, debería ir acompañada de cierto grado de discreción jurídica que tenga en cuenta otros factores relacionados con el delito y con su autor para determinar una sentencia proporcionada (cuestiones como, por ejemplo, la naturaleza del suministro, los antecedentes penales o las necesidades de tratamiento).

Partiendo de esta premisa, al revisar las clasificaciones de drogas nacionales, se deberían tener en cuenta varios elementos:

- si se mantiene el sistema vigente de clasificación de las drogas o se le sustituye por un proceso alternativo para juzgar la gravedad de los delitos (por ejemplo, la articulación de factores agravantes o atenuantes). Si se opta por conservar el sistema vigente de clasificación, ¿se basa la clasificación vigente de las sustancias en pruebas empíricas y se entiende ampliamente esta clasificación?
- qué sustancias debería abarcar la legislación (al tener en cuenta las obligaciones en virtud de la ONU) y cómo se deberían distribuir en las distintas clases
- si se tomará en cuenta la cantidad o el valor en la calle de la sustancia para determinar a qué clase se asigna
- el proceso que se debería seguir para examinar e incorporar nuevas sustancias psicoactivas. Si una sustancia cae en desuso o surgen pruebas de que sus daños son mayores o menores de lo que se tenía constancia hasta el momento, ¿cuál es el proceso para revisar su categoría en el sistema de clasificación nacional?
- cuál es el marco más adecuado para reflejar el vínculo entre las drogas controladas y las sustancias lícitas (alcohol, tabaco y fármacos).

Se han efectuado varios estudios sobre los distintos daños asociados con la oferta y el consumo de toda una serie de drogas.²² Estos estudios pueden proporcionar a los gobiernos una guía para determinar la clasificación apropiada.

Garantía de la proporcionalidad de las penas por delitos relacionados con drogas

Las directrices penales tradicionales para el ejercicio de actuaciones judiciales suelen distinguir entre las personas afectadas según la cantidad y la clasificación de las drogas que estaban en su posesión, así como sobre cualquier prueba de intento de suministro a terceros. Con el tiempo, los gobiernos se han dado cuenta de que estos factores, de por sí, no bastan para establecer las debidas diferencias entre los distintos actores del mercado de las drogas ni para concentrar las medidas de represión en las personas poderosas y violentas que controlan los mercados ilícitos de drogas. Este sistema también ha llevado a algunos jueces a imponer penas desproporcionadas por delitos de drogas relativamente menores, como sucedía, por ejemplo, en Ecuador (véase el [cuadro 2](#)) o como ocurre aún en otras partes del mundo, donde ciertos delitos de drogas están castigados con la pena de muerte (véase el [cuadro 3](#)).

Cuadro 2. La experiencia ecuatoriana de proporcionalidad de las penas²³

Las leyes de drogas ecuatorianas se formularon en la década de 1980, bajo una intensa presión internacional, y muy pronto se situaron entre las más duras de América Latina. La estricta aplicación de estas leyes condujo a grandes problemas de sobrepoblación penitenciaria; en 2008, había 17.000 personas detenidas en una infraestructura carcelaria que se había construido para albergar a un máximo de 8.000. De esos 17.000 reclusos, el 34 por ciento estaba encarcelado por delitos de drogas. En aquel momento, se imponía una pena mínima obligatoria de diez años de prisión a todos los autores de delitos de drogas sin distinción alguna, ya fueran personas que consumían drogas, delincuentes sin antecedentes, traficantes de poca monta o traficantes de alto nivel. El uso excesivo de la detención preventiva exacerbaba aún más la situación penitenciaria.

En 2008, el gobierno anunció una campaña nacional que contemplaba, entre otras medidas, el indulto para los pequeños traficantes. Este giro normativo se justificó de la siguiente forma: “[La actual ley sobre drogas] ha establecido penas desproporcionadas con respecto al delito cometido, pues en la realidad, la mayoría de las personas condenadas no son grandes traficantes o expendedores, sino personas denominadas ‘mulas’, mujeres en su mayoría, que no tienen control sobre el narcotráfico sino más bien son personas que alquilan su cuerpo para que sea instrumentalizado o usado para contener drogas a cambio de sumas de dinero que no guardan ninguna relación con la cantidad a obtenerse por la venta de las sustancias ilícitas”.²⁴

En julio de 2008, la Asamblea Constitucional de Ecuador adoptó un paquete de reformas y propuestas que preveía el indulto para los pequeños traficantes. En enero de 2009, habían sido ya liberadas 6.600 personas al agilizarse los procedimientos jurídicos y al otorgarse el indulto a quienes padecían enfermedades terminales o cumplían condena por delitos de tráfico menor; 1.600 de ellas eran ‘mulas’ (también conocidas como ‘correos de drogas’ o ‘burriers’).

Cuadro 3. El uso de la pena capital por delitos de drogas²⁵

En el mundo, 32 países y territorios mantienen la pena capital por delitos de drogas. Aunque son pocos los Estados que recurren a la pena de muerte, cada año son ejecutadas cientos de personas por delitos de drogas. Varios países, como Egipto, Irán, Kuwait, la República Democrática Popular Lao y Sudán, incluso prescriben la pena de muerte como pena obligatoria para ciertos delitos de drogas.

El uso de la pena capital contraviene el principio de la proporcionalidad de las penas que está protegido por el derecho internacional. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en

concreto, estipula que la pena de muerte sólo se podrá aplicar legalmente 'por los más graves delitos' (artículo 6.2). Los organismos internacionales de derechos humanos han determinado que los delitos de drogas no cumplen este requisito. Uno de los argumentos presentados es el hecho de que las personas ejecutadas suelen proceder de grupos económicamente vulnerables, explotados por bandas de traficantes.

En los últimos diez años, países como las Filipinas, Uzbekistán y Kirguistán han abolido totalmente la pena de muerte, mientras que Tayikistán y Jordania han dejado de aplicar el castigo capital a los delitos de drogas.

Los gobiernos tienen la posibilidad de asegurarse de que las penas por delitos de drogas sean proporcionadas y de que los recursos disponibles se utilicen con eficacia. Para lograr estos objetivos, resulta útil tener en cuenta cuatro grandes grupos y proponer formas para tratarlos con la mayor eficacia en el marco de la ley.

- **Las personas que consumen drogas de forma 'recreativa' u ocasional** arrestadas en posesión de pequeñas cantidades de drogas sin que haya pruebas de dependencia de estas sustancias (por ejemplo, condenas repetidas por posesión, otros delitos relacionados o un historial clínico) ni conducta delictiva. La disuasión a través del castigo duro no es eficaz para reducir la prevalencia del consumo de drogas entre estas personas.²⁶ Al revisar las leyes de drogas, las personas que consumen drogas con fines recreativos deberían ser consideradas como de baja prioridad y concentrar una mínima cantidad de recursos (o ninguno, en un mercado regulado) del sistema de justicia penal. Las políticas pueden conllevar la **despenalización** (p. ej., amonestaciones informales), la **descriminalización de facto** (órdenes a la policía para que concedan menos prioridad a este grupo) o la **descriminalización** (p. ej., la imposición de multas, sanciones informales como donaciones a una organización benéfica, trabajo comunitario u otras sanciones civiles o administrativas). Estos tipos de políticas se examinarán con mayor detalle más adelante (véase el [cuadro 4](#)).
- **Las personas que dependen de las drogas** arrestadas en posesión de drogas donde hay pruebas de que su consumo forma parte de un patrón de conducta más amplio que les causa daño a ellas mismas y/o a otras personas. Es habitual que se les arreste por posesión de drogas o por otros delitos, como delitos contra la propiedad, trabajo sexual o tráfico a pequeña escala. Las leyes de drogas deberían incluir mecanismos para ofrecer a este grupo tratamientos comprobados en la práctica como eficientes para tratar la dependencia de drogas. La desviación se debería basar en el principio del debido proceso e incluir mecanismos para un examen apropiado por parte de personal profesional (véase el [apartado 2.2: Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas](#)). Si las personas dependientes de drogas son enviadas a prisión, se les debería ofrecer también servicios de tratamiento adecuados (véase el [apartado 2.4: Intervenciones eficaces en materia de drogas en las cárceles](#)).

Resulta útil tener en cuenta cuatro grandes grupos:

- Personas que consumen drogas de forma recreativa
- Personas dependientes de las drogas
- Traficantes sociales o de pequeña escala
- Traficantes serios u organizados

- **Los traficantes 'sociales' o de pequeña escala** son aquellas personas que se encuentran en el último escalafón del mercado al por menor de las drogas y que tienen una mayor probabilidad de ser arrestadas y castigadas porque sus actividades son más visibles para las autoridades encargadas de aplicar la ley. Algunas de estas personas son meros proveedores sociales, que trafican a cambio de un beneficio menor o nulo. Otras son 'mulas' o 'correos de drogas', que se han visto abocados a participar en el tráfico por intimidación o por desesperación.²⁷ El hecho de que los recursos para la aplicación de la ley y los castigos se concentren en estas personas es problemático por dos motivos. En primer lugar, una vez arrestadas y apartadas de la circulación, son fácilmente sustituibles, por lo que esta política tiene un impacto limitado sobre el mercado. En segundo lugar, los traficantes de pequeña escala suelen estar bajo el poder de aquellos que realmente controlan el mercado de las drogas. Las leyes sobre drogas se deberían replantear para centrarse en los traficantes de drogas de alto nivel y no en aquellos que las infringen de forma menor, así como para tener en cuenta las circunstancias en las que se cometió el delito en cuestión con el fin de garantizar una pena proporcionada. Finalmente, puede que algunos traficantes de pequeña escala sean también dependientes de las drogas, en cuyo caso entrarían en la categoría anterior.
- **Los traficantes serios u organizados** son las bandas delictivas que controlan los mercados de las drogas a gran escala, muchas veces utilizando altos niveles de violencia. Son las personas que causan un mayor daño a la comunidad. Las personas más poderosas en estos grupos suelen ser las más difíciles de detener, pero deberían ser el objetivo principal de los recursos para la aplicación de la ley y de las penas correspondientes. Se pueden introducir claros factores agravantes que facilitarían la distinción entre los niveles de gravedad de los distintos tipos de tráfico y de las penas aplicadas.²⁸ Entre ellos estarían la posesión de armas, el empleo de la violencia e indicadores de participación en delincuencia organizada o de utilización de menores de edad. A esta lista se podría añadir el tráfico de drogas en lugares públicos, pero este factor se debe tratar con la debida precaución y sensibilidad, ya que los delincuentes organizados que verdaderamente ostentan el poder y la riqueza suelen permanecer en segundo plano y utilizan a los pequeños traficantes (a menudo personas vulnerables) para que trabajen en las calles para ellos. Unas leyes de drogas cuidadosamente diseñadas e implementadas pueden influir realmente en la naturaleza del mercado de las drogas y generar incentivos para que las redes de tráfico sean menos violentas, menos públicas y menos nocivas para la comunidad (véase el [apartado 4.2: Reducción de la violencia de los mercados de drogas](#)).

Posibilidades para la reforma de las leyes de drogas

Muchos gobiernos se han dado cuenta ahora de que las leyes sobre drogas deberían buscar fundamentalmente contribuir a los objetivos nacionales generales de reducción de la delincuencia, fomento de la salud pública y desarrollo socio-económico. A su alcance tienen varias estrategias alternativas para diseñar leyes de drogas más humanas y eficaces, que concentrarán los recursos en los aspectos más nocivos del mercado de las drogas y, a la vez, impulsarán la prestación de apoyo y atención de la salud a las personas que cultivan y/o consumen drogas. Hay cuatro grandes políticas que cada vez gozan de mayor aceptación como alternativas viables al actual régimen de fiscalización de estupefacientes (véase el [cuadro 4](#)).

Cuadro 4. Definiciones

Despenalización – Reducción de la severidad de las penas asociadas con los delitos de drogas. Las penas se mantienen en el marco del derecho penal.

Descriminalización *de facto* – El consumo o la posesión de drogas siguen siendo ilícitos en el marco de la ley pero, en la práctica, la persona que consume o posee la droga no será arrestada ni enjuiciada.

Descriminalización – El consumo y/o la posesión, la producción y el cultivo de drogas para uso personal dejan de tratarse como sanciones penales, aunque los delitos de tráfico de drogas permanecen en el ámbito penal. Con este régimen jurídico, las sanciones pueden ser administrativas o se pueden eliminar totalmente.

Regulación legal – Todos los delitos de drogas dejan de controlarse a través del ámbito del derecho penal, pero la producción, el suministro y el consumo están estrictamente regulados a través de leyes administrativas, como sucede con el tabaco y el alcohol.

Despenalización

La despenalización implica rebajar el nivel de las sanciones asociadas con los delitos de drogas, aunque éstas se mantienen en el marco del derecho penal y el autor del delito suele pasar a constar en el registro de antecedentes penales. En el Reino Unido, por ejemplo, una persona arrestada por tenencia de drogas para el consumo personal suele recibir una advertencia más que una pena de prisión (véase el [cuadro 5](#)).

Cuadro 5. El programa de advertencias para el cannabis en el Reino Unido

El 'programa de advertencias para el cannabis' se instauró en 2004 y permite a la policía adoptar un enfoque escalonado frente a los delitos de posesión que conllevan pequeñas cantidades de esta planta. Las personas intervenidas en posesión de cannabis por primera vez pueden recibir una 'advertencia por cannabis', la cual no se traduce en arresto ni en antecedentes penales, y se tramita en la calle. En caso de ser intervenida por segunda vez, la persona recibirá un aviso de sanción por desorden (una multa al momento de 80 libras esterlinas), que no conllevará antecedentes penales en caso de que se pague en 21 días. La persona intervenida por tercera vez será arrestada y recibirá una amonestación o será procesada. En caso de circunstancias agravantes (p. ej., fumar en público), el programa no procede. El programa es también discrecional, por lo que el agente policial puede decidir arrestar a una persona sin seguir las indicaciones recomendadas. Las pruebas demuestran que, desde 2004, el consumo de cannabis en el Reino Unido ha disminuido de forma significativa, especialmente entre los jóvenes.²⁹

Descriminalización de facto

La descriminalización *de facto* se refiere a situaciones en las que actividades como la posesión, la producción y el suministro a gran escala de una droga siguen siendo ilícitas, pero en las que las personas arrestadas por consumo, posesión y/o cultivo para uso personal no están sujetas a arresto y enjuiciamiento en la práctica. Esta suele responder a una orden del gobierno para que no se aplique la ley. Uno de los ejemplos más notables de este enfoque se ha desarrollado en los Países Bajos con respecto a la tenencia y el consumo de cannabis (véase el [cuadro 5](#) del apartado 2.3: Reducción de los encarcelamientos). El problema con la descriminalización *de facto* es que se trata de una orden informal que se puede revertir fácilmente si hay un cambio de gobierno.

Descriminalización

La descriminalización entraña la revocación de las leyes que definen el consumo o la posesión de drogas para uso personal como un delito penal o la derivación hacia servicios administrativos o sanitarios. La ventaja evidente de la descriminalización frente a la descriminalización *de facto* es que está formalizada en la ley. La descriminalización también ofrece otra destacada ventaja con respecto a la despenalización: la persona sorprendida en posesión de drogas no tendrá antecedentes penales, lo cual representa una barrera importante para acceder a la educación, el empleo y los servicios sociales.

En la práctica, la descriminalización puede plantear problemas significativos para los gobiernos, ya que éstos deben crear mecanismos para distinguir entre la posesión para el consumo personal y la posesión con intención de suministro a terceros. Algunos gobiernos han establecido cantidades umbral (también conocidas como cantidades límite) para que sirvan de guía sobre si la cantidad se debería considerar para uso personal o comercial, mientras que otros dejan a discreción de los magistrados o la policía valorar la intención de la tenencia. Aunque no hay una fórmula mágica para afrontar este problema, las pruebas demuestran que las cantidades umbral *sólo deberían ser indicativas* y se deberían evaluar junto con otros factores, como la dependencia de las drogas, la intención, la culpabilidad y el daño.³⁰

Unos 30 países y Estados han avanzado hacia la descriminalización de la posesión de drogas; entre ellos, hay países tan distintos entre sí como Portugal (2001), Brasil (2006) y la República Checa (2010). Argentina también está revisando actualmente sus leyes de drogas para descriminalizar la posesión para consumo personal. En los Estados Unidos, 14 estados ya han descriminalizado la posesión de cannabis para el consumo personal.³¹

El modelo de descriminalización portugués, que se ha desarrollado y evaluado en profundidad durante más de diez años, muestra unas tendencias alentadoras. Según la ley portuguesa adoptada en 2001, aunque la posesión para el consumo personal sigue estando prohibida legalmente, las violaciones de la prohibición son exclusivamente administrativas y no penales. El proceso de descriminalización va acompañado de un enfoque integral de salud pública (véase el [cuadro 6](#) del apartado 2.3: Reducción de los encarcelamientos). Las pruebas demuestran que la política se ha traducido en una reducción significativa de los problemas de salud relacionados con las drogas (como los contagios de VIH y las muertes relacionadas con sustancias), una mayor asistencia a los programas que tratan la dependencia de las drogas, una menor sobrecarga en las cárceles y la justicia penal, una disminución en la delincuencia relacionada con las drogas, un incremento en las acciones de aplicación de la ley centradas en el tráfico de drogas a gran escala (con la consiguiente mejora de la seguridad pública) y ningún aumento significativo en la prevalencia del consumo de drogas.³²

Regulación legal

A medida que las críticas contra el enfoque prohibicionista indiscriminado han ido ganando impulso, la cuestión paralela en torno a las posibles alternativas a la prohibición ha empezado a entrar en los grandes debates sobre políticas (véase el [cuadro 6](#)). La 'regulación legal' es algo distinto de la 'legalización'; en ambos sistemas, la producción, el suministro y el consumo de drogas es legal, pero un modelo regulatorio exige que se establezcan normas estrictas para controlar estas actividades.

Cuadro 6. Fragmento del informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas

"[Alentamos] a los gobiernos a que experimenten con modelos de regulación legal de las drogas a fin de socavar el poder del crimen organizado y para salvaguardar la salud y la seguridad de sus ciudadanos. Esta recomendación se aplica especialmente al cannabis, pero también alentamos otros ensayos de descriminalización y regulación legal que puedan conseguir estos objetivos y proveer modelos para otros."³³

La última década ha visto la emergencia de las primeras propuestas detalladas ³⁴ que ofrecen distintas opciones para el control de los productos (dosis, preparación y envasado), los vendedores (licencias, requisitos de formación y capacitación, marketing y promociones), los establecimientos (ubicación, densidad del establecimiento, apariencia), el acceso (controles de edad, compradores autorizados, programas de afiliación en clubes), así como cuándo y dónde se pueden consumir drogas.

El informe *Propuesta para la regulación*,³⁵ por ejemplo, examina varias opciones para regular distintas drogas entre diversas poblaciones y sugiere el análisis de varios modelos de regulación que podrían llevar a la administración de los mercados de drogas con menos daños sociales y sanitarios (véase el [cuadro 7](#)). Se pueden extraer lecciones de los éxitos y fracasos con la regulación del alcohol y el tabaco en varios países, así como con los controles de fármacos y otros productos nocivos, y otras actividades reguladas por los gobiernos.

Cuadro 7. Cinco modelos básicos para regular la oferta de drogas³⁶

- **Prescripción médica o centros supervisados** – para drogas que se pueden utilizar de forma nociva (drogas inyectadas, como la heroína, y estimulantes más potentes, como la metanfetamina).
- **Venta al por menor por especialistas en farmacia** – combinado con el acceso para usuarios nominales/autorizados y el racionamiento del volumen de ventas para drogas de riesgo moderado, como la anfetamina, la cocaína en polvo y el éxtasis.
- **Venta al por menor bajo licencia** – que incluya diversos tramos de regulación apropiados según el riesgo de cada producto y las necesidades locales; se podría utilizar para drogas y preparados de riesgo menor, como bebidas estimulantes de baja potencia.
- **Establecimientos autorizados para venta y consumo** – parecido a los establecimientos autorizados para el alcohol y los *coffee shops* para cannabis en los Países Bajos; éstos podrían servir también potencialmente para fumar opio o tomar té de adormidera.
- **Venta sin licencia** – regulación mínima para los productos de menos riesgo, como las bebidas de cafeína y el mate de coca.

La regulación de los mercados de drogas, utilizando uno de los modelos disponibles, no es ninguna panacea. Se afirma que, a corto plazo, sólo se pueden reducir los problemas que emanan de la prohibición y del comercio ilícito que ésta ha creado. No puede abordar, por tanto, las causas subyacentes de la dependencia de las drogas, como la pobreza y la desigualdad. Sin embargo, promoviendo a la vez un modelo de salud pública más pragmático y liberando recursos para unas políticas sociales y sanitarias de base empírica, se generaría un entorno más propicio para ello. Se deberían tener en cuenta los costes que entrañaría desarrollar e implementar una nueva infraestructura reguladora, pero es probable que representaran apenas una mínima parte de los crecientes recursos que se están destinando actualmente a iniciativas para controlar la oferta y la demanda. También estaría la posibilidad de transformar una parte de los beneficios delictivos existentes en unos ingresos fiscales legítimos.

Los distintos entornos sociales requerirán enfoques diferentes para dar respuesta a los desafíos concretos que afrontan, pero la variedad de opciones reguladoras disponible para gestionar los mercados y el consumo de drogas, a través de instituciones estatales y comerciales legítimas, son ahora una opción creíble para los responsables de la formulación de políticas si los daños a los que deben plantar cara sus sociedades no se pueden abordar en el marco del actual sistema de fiscalización

de estupefacientes. Los pasos para avanzar hacia la regulación legal también exigirán que se superen los importantes obstáculos institucionales y políticos que plantea el sistema internacional de control de drogas. Finalmente, dichos pasos se deberían secuenciar con cuidado durante varios años, evaluando y siguiendo muy de cerca los efectos del sistema.

Recomendaciones

- 1) Se necesita una revisión de las leyes nacionales sobre drogas a la luz de los cambios que se producen en los patrones de consumo de drogas y la experiencia de anteriores estrategias para la aplicación de la ley.
- 2) En el marco de este proceso, los gobiernos y los organismos internacionales deberían efectuar evaluaciones del impacto sobre los derechos humanos de las actuales leyes de drogas y su aplicación.
- 3) Al elaborar o revisar leyes sobre drogas, los gobiernos deberían determinar claramente cuáles son los aspectos más nocivos del mercado de las drogas para la sociedad y dirigir sus políticas a reducir esos daños.
- 4) Las leyes sobre drogas, ya se creen o se revisen, deberían incluir disposiciones que establezcan una clara distinción entre los distintos actores que operan en el mercado, con una especial protección para las personas que consumen drogas. Esas leyes también deberían facilitar la adopción de respuestas adecuadas para cada una de estas categorías de actores. Se deberían diseñar alternativas al encarcelamiento, como multas o derivación a servicios de tratamiento y atención, destinadas a pequeños traficantes y a personas dependientes de drogas.
- 5) Las leyes sobre drogas, ya se creen o se revisen, deben dejar claro el conjunto de sustancias que abarcan. Deberían proporcionar un enfoque estructurado y científico para evaluar la seriedad con que se tratarán las distintas sustancias, así como establecer un proceso sencillo para añadir, modificar o eliminar sustancias concretas.
- 6) Las leyes sobre drogas, ya sean nuevas o revisadas, se deben elaborar cuidadosamente para apoyar –y no para socavar– los programas sanitarios y sociales. Deberían autorizar y fomentar las intervenciones de salud pública y reducción de daños, tales como los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y los tratamientos de sustitución de opioides.

Recursos clave

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006), *Legislating for health and human rights: model law: model law on drug use and HIV/AIDS*, <http://www.aidslaw.ca/EN/modellaw/english.htm>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003), *The role of the quantity in the prosecution of drug offences: an ELDD comparative study* (Lisbon: European Legal Database on Drugs), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5738_EN_Quantities.pdf

Galbally, R. (2000), *The review of drugs, poisons and controlled substances legislation: final report part A*. (Woden: Commonwealth of Australia), <http://www.tga.gov.au/pdf/archive/review-galbally-050628-parta.pdf>

Hughes, C.E. & Stevens, A. (2012), 'A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs', *Drug and Alcohol Review*, **31**: 101–113, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2011.00383.x/abstract>

Pain & Policy Studies Group (World Health Organization Collaborating Centre for Policy and Communications in Cancer Care; the Paul P Carbone Comprehensive Cancer Centre, School of Medicines and Public Health, University of Wisconsin) (2009), *Do international model drug control laws provide for drug availability?* (Geneva: World Health Organization) http://www.painpolicy.wisc.edu/internat/model_law_eval.pdf

Ritter, A. (2009), 'Methods for comparing drug policies – the unity of composite drug harm indexes', *International Journal of Drug Policy*, **20**(6): 475–479, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(09\)00049-8/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(09)00049-8/abstract)

Room, R. & Reuter, P. (enero de 2012), 'How well do international drug conventions protect public health?', *The Lancet*, **379**(9810): 84–91, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961423-2/abstract>

Winstock, A. & Wilkins, C. (octubre de 2011), Serie reforma legislativa en materia de drogas IDPC/TNI, No. 16 - 'Euforizantes legales': El desafío de nuevas sustancias psicoactivas (Ámsterdam/Londres: Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Legal-highs_SPANISH.pdf

World Health Organization (2000), *Guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control*. EB105/2000/REC/1, ANNEX 9, with appendices (Geneva: World Health Organization), <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip40e/whozip40e.pdf>

Notas

- 1 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 19982007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf
Roberts, M., Trace, M. & Klein, A. (2004), *Beckley Report 3 – Law enforcement and supply reduction* (Oxford: DrugScope & Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_lawenforce.pdf
- 2 Costa, A.M. (marzo de 2008), *Perfeccionamiento de la fiscalización de drogas para adecuarla a la finalidad para la que fue creada: Aprovechando la experiencia de diez años de acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas*, E/CN.7/2008/CRP.17 (Viena: Comisión de Estupefacientes), <http://idpc.net/sites/default/files/library/ONUPerfeccionamiento%20de%20la%20fiscalizaci%C3%B3n%20de%20drogas.pdf>
- 3 Últimamente, por ejemplo, la criminalización del uso ilícito de drogas ha empujado a los consumidores a dejar de utilizar drogas conocidas, entre las cuales plantas psicotrópicas con efectos leves, y se han pasado a sustancias sintéticas poco conocidas y en ocasiones altamente peligrosas conocidas como 'euforizantes legales' (es decir, sustancias con propiedades psicoactivas pero que no están incluidas en la legislación de drogas de un país).
- 4 Para más información sobre las consecuencias del sistema mundial de control de drogas, véase la página web de Calcular los Costos: <http://www.counthecosts.org/es>
- 5 Open Society Institute (2009), *The effects of drug user registration laws on people's rights and health: key findings from Russia, Georgia and Ukraine* (International Harm Reduction Development Program), (New York: Open Society Institute), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf
- 6 World Health Organization, Access to Controlled Medications Programme (2008), *Improving access to medications controlled under international drug conventions* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_brnote_english.pdf y World Health Organization (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled substances* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html

- 7 Transnational Institute & Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (marzo de 2011), *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América Latina* (Amsterdam/Washington: Transnational Institute), http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Sistemas_sobrecargados/sistemas_sobrecargados_web2.pdf
- 8 http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
- 9 http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf
- 10 http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf
- 11 Artículos 36 y 38 de la Convención de 1961, artículos 20 y 23 del Convenio de 1971 y artículo 3 de la Convención de 1988.
- 12 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012) TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Polices Nr. 18, *The UN drug control conventions: The limits of latitude*, <http://idpc.net/publications/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>
- 13 Para comprender la flexibilidad contemplada en las convenciones, es útil dividir los delitos de drogas en dos categorías. En primer lugar, están los relacionados con actividades comerciales, como la tenencia con intención de suministro comercial. En segundo lugar, estarían aquellos delitos relacionados con el consumo personal, como la posesión, el cultivo y la producción para consumo personal, y el suministro social. En lo que se refiere a los delitos de comercio y tráfico, hay muy poco margen normativo para desviarse de la exigencia de criminalización, salvo en los casos de delitos menores en que se considera que el autor del delito es una persona dependiente de las drogas (Convención de 1988, artículo 3, párr. 4). Las convenciones ofrecen una mayor flexibilidad para tratar los delitos de consumo personal al margen del sistema de la justicia penal.
- 14 Las convenciones no son tratados de aplicabilidad directa. Si bien imponen obligaciones a los Estados para que éstos apliquen el derecho internacional, sólo se pueden poner en práctica a escala nacional cuando el Estado signatario haya adoptado las leyes y normativas internas que trasladen las obligaciones internacionales del tratado al ámbito nacional. La autonomía del derecho interno se destaca en las tres convenciones, y se refleja además en las declaraciones y reservas realizadas por los Estados signatarios. Asimismo, las convenciones puntualizan que los Estados signatarios deben aplicar las disposiciones de las convenciones en su legislación nacional en consonancia con sus principios constitucionales y los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico.
- 15 Preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
- 16 Organización Mundial de la Salud (2003), *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 33º informe* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud), <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4898s/s4898s.pdf>
- 17 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (1994), *Eficacia de los tratados de fiscalización internacional de drogas, Suplemento del informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1994* (Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes), http://www.incb.org/pdf/e/ar/incb_report_1994_supplement_es.pdf
- 18 Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007), 'Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse', *The Lancet*, **369**(9566): 1047–1053, <http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2960464-4/fulltext>
- 19 Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010), 'Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis', *The Lancet*, **376**(9752): 1558–1565, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/fulltext>
- 20 Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf
- 21 Véase, por ejemplo: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2010), Informe anual 2010 – *El problema de la drogodependencia en Europa* (Lisboa: OEDT), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_ES_EMCDDA_AR2010_ES.pdf; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2005) *ECMDDA – Europol annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA In accordance with Article 10* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33246_EN_Final_Annual_Report_Art_10.pdf; Winstock, A. & Wilkins, C. (octubre de 2011), *Serie reforma legislativa en materia de drogas del TNI/IDPC, No. 16 – 'Euforizantes legales': El desafío de nuevas sustancias psicoactivas* (Amsterdam/Londres: Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Legal-highs_SPANISH.pdf
- 22 World Health Organization (2000), *Guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control* (EB105/2000/REC/1, ANNEX 9, with appendices) (Geneva: World Health Organization), <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip40e/whozip40e.pdf>; Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010), 'Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis' *The Lancet*, **376**(9752): 1558–1565, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/fulltext>

- 23 Transnational Institute & Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (marzo de 2011), *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América Latina* (Amsterdam/Washington: Transnational Institute & Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Sistemas_sobrecargados/sistemas_sobrecargados_web2.pdf; Metaal, P. (2009), *Serie reforma legislativa en materia de drogas*, No. 1 – Drogas y cárceles: Indulto de mulas en Ecuador, una propuesta sensata (Ámsterdam: Transnational Institute), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Indulto-de-mulas-en-Ecuador-una-propuesta-sensata.pdf>
- 24 Informe de mayoría (3 de abril de 2008), *Informe sobre el sistema de rehabilitación social, República de Ecuador* (Montecristi: Asamblea Constitucional).
- 25 Harm Reduction International (2011), *The death penalty for drug offences, global overview 2011 – shared responsibility and shared consequences* (London: Harm Reduction International), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/HRI_DeathPenaltyReport_Sept2011.pdf
- 26 Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The incarceration of drug offenders, an overview* (Oxford: The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BF_Report_16.pdf
- 27 Véase, por ejemplo: Jensema, E. (julio de 2010), Serie reforma legislativa en materia de drogas, No. 7 – Una cuestión de sustancia: Un enfoque centrado en las sustancias para luchar contra el tráfico de drogas (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/cuestion%20de%20sustancia.pdf>; Al Jazeera (2011), Filipino drug mules, <http://english.aljazeera.net/programmes/101east/2011/04/201145151543366504.html>
- 28 El artículo 3, párrafo 5, de la Convención de 1988 hace hincapié en la importancia de tener en cuenta las "circunstancias de hecho" al imponer penas a los autores de delitos, http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf
- 29 Department of Health (octubre de 2011), *United Kingdom drug situation, 2011 Edition – Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (London: Department of Health), <http://www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/Good%20Practice/UKFocalPoint2011.pdf>
- 30 Para un análisis completo, véase: Harris, H. (2011), *Report of TNI-EMCDDA expert seminar on threshold quantities* (Amsterdam/Lisbon: Transnational Institute & European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), <http://idpc.net/sites/default/files/library/thresholds-expert-seminar.pdf>; Harris, G. (2011), *Serie reforma legislativa en materia de drogas*, No. 14 – Condenados por los números: Cantidades umbral en políticas de drogas (Amsterdam/Londres: Transnational Institute & Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), http://idpc.net/sites/default/files/library/Condenados-por-los-numeros_cantidades-umbral-en-politicas-de-drogas.pdf
- 31 Rosmarin, A. & Eastwood, N. (2012), *A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe* (London: Release); publicación prevista para principios de 2012.
- 32 Artur Domostawski (2011), *Drug policy in Portugal – the benefits of decriminalising drug use* (Warsaw: Open Society Foundations) <http://idpc.net/sites/default/files/library/drug-policy-in-portugal-benefits-of-decriminalising.pdf>; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2011), *Drug policy profiles – Portugal* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), <http://idpc.net/sites/default/files/library/EMCDDA-drug-policy-profile-Portugal.pdf>; Hughes, C. & Stevens, A., *Beckley Briefing Paper 14 – The effects of decriminalization of drug use in Portugal* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://idpc.net/sites/default/files/library/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf.pdf
- 33 Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf
- 34 King County Bar Association Drug Policy Project (2005). *Effective drug control: toward a new legal Framework. State-level intervention as a workable alternative to the 'war on drugs'* (Seattle: King County Bar Association), www.kcba.org/druglaw/pdf/EffectiveDrugControl.pdf Health Officers Council of British Columbia (2005), *A public health approach to drug control* (Victoria: Health Officers Council of British Columbia), www.cfdp.ca/bchoc.pdf Rolles, S. (2009), *After the War on Drugs Blueprint for Regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/blueprint%20download.htm>; resumen ejecutivo en español – Después de la guerra contra las drogas: propuesta para la regulación: http://www.tdpf.org.uk/downloads/blueprint/Blueprint_exec_summary_spanish.pdf
- 35 King County Bar Association Drug Policy Project (2005). *Effective drug control: toward a new legal Framework. State-level intervention as a workable alternative to the 'war on drugs'* (Seattle: King County Bar Association), www.kcba.org/druglaw/pdf/EffectiveDrugControl.pdf Health Officers Council of British Columbia (2005), *A public health approach to drug control* (Victoria: Health Officers Council of British Columbia), www.cfdp.ca/bchoc.pdf Rolles, S. (2009), *After the War on Drugs Blueprint for Regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/blueprint%20download.htm>; resumen ejecutivo en español – Después de la guerra contra las drogas: propuesta para la regulación: http://www.tdpf.org.uk/downloads/blueprint/Blueprint_exec_summary_spanish.pdf
- 36 Rolles, S. (julio de 2010) 'An alternative to the war on drugs', *British Medical Journal*, <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c3360.full?ijkey=xlwckDCjknVi9wn&keytype=ref#REF22>

2.2 Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas

En este apartado

- Limitaciones de las estrategias actuales
- Nuevos objetivos e indicadores para la aplicación de la ley
- Establecimiento de objetivos e indicadores más eficaces

Los organismos encargados de la aplicación de la ley deben centrarse en un conjunto de objetivos más amplio y equilibrado, concebido para abordar los problemas sanitarios, sociales y de delincuencia relacionados con las drogas, en lugar de perseguir la reducción de las dimensiones generales de los mercados de drogas.

¿Por qué es importante una estrategia de aplicación de la ley eficaz?

Las convenciones de fiscalización de estupefacientes de la ONU y la mayoría de los sistemas nacionales de control de drogas se basan en la creencia de que la estricta aplicación de las leyes que prohíben la producción, la distribución y el consumo de sustancias acabarán conduciendo a la desaparición de la oferta y de la demanda y, por lo tanto, a la erradicación del mercado ilícito. Las fuerzas policiales, los organismos especializados en la aplicación de la ley y –en algunos países– incluso el ejército, han desempeñado, por tanto, un papel destacado en el desarrollo y la aplicación de las políticas de drogas. Hasta la fecha, las estrategias de represión para reducir la oferta y la demanda de drogas han consistido fundamentalmente en:

- controles sobre la producción, como la erradicación y medidas violentas contra productores y cultivadores
- operaciones para desbaratar operaciones de contrabando de drogas
- investigación y encarcelamiento de personas sospechosas de tráfico a gran escala
- arresto y condena de personas que participan en los mercados de drogas al por menor
- arresto y condena de personas acusadas de tenencia o consumo de drogas controladas.¹

Las tácticas de aplicación de la ley contra productores y traficantes se han centrado en impedir físicamente el suministro de drogas a los consumidores; las acciones contra los consumidores, por su parte, se han centrado en disuadir a usuarios potenciales mediante la amenaza de arresto.

Las estrategias de aplicación de la ley centradas en el arresto y la condena de productores, traficantes y consumidores no han conseguido reducir las dimensiones de los mercados ilícitos de drogas.

Estas estrategias no han conseguido reducir las dimensiones de los mercados ilícitos de drogas y, además, muchas de las actividades que acompañan dichas estrategias han tenido graves consecuencias negativas (para más información, véase el [apartado 1.3: Énfasis en los daños asociados con el consumo y los mercados de drogas](#)). En 2011, la Comisión Global de Políticas de Drogas (véase el [cuadro 1](#)) publicó un informe de análisis que demostraba que el mercado mundial de las drogas controladas ha aumentado a pesar de la intensificación de las medidas de represión en las últimas cinco décadas.² El énfasis de las estrategias de aplicación de la ley se debe reorientar para reducir los daños relacionados con las drogas para la salud y el bienestar social de las comunidades.

Cuadro 1. Fragmento del informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas³

“Cuando la Convención Única de Estupefacientes de Naciones Unidas nació hace 50 años, y cuando el Presidente Nixon lanzara la guerra a las drogas del gobierno norteamericano hace 40 años, los políticos creían que las acciones severas para el cumplimiento de la ley contra los que estaban involucrados en la producción de drogas, su distribución y su uso, conducirían a una constante disminución del mercado de drogas controladas como la heroína, la cocaína, el cannabis, y al eventual logro de un ‘mundo sin drogas’. En la práctica, la escala global de los mercados de drogas ilegales –ampliamente controlados por el crimen organizado– ha crecido de modo espectacular en este período”.

Limitaciones de las estrategias actuales

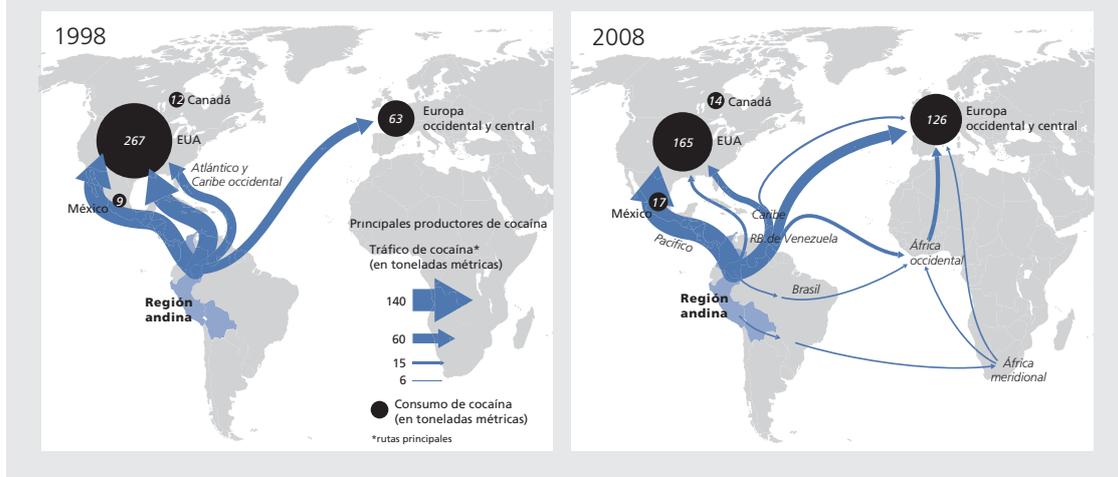
A escala mundial, las campañas y los compromisos para eliminar o reducir considerablemente los mercados de drogas no han conseguido alcanzar sus objetivos, a pesar de contar con un amplio apoyo político y financiero. Los éxitos operativos en determinados países contra grupos traficantes concretos se han visto rápidamente neutralizados por el llamado ‘efecto globo’ (véase el [cuadro 2](#)). Las actividades ilícitas que se eliminan con iniciativas de aplicación de la ley se ven muy pronto sustituidas en otras zonas, de la mano de otros grupos o con sustancias distintas, y a menudo crean más problemas que antes.

Estos dilemas estratégicos para los responsables de la formulación de políticas no significan que los organismos encargados de hacer cumplir la ley deban abandonar sus intentos de controlar los mercados de las drogas. Lo que indican, más bien, es que esos responsables deben adoptar estrategias de aplicación de la ley más eficaces que minimicen toda ‘consecuencia negativa no deseada’ (véase el [apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas](#)).

Cuadro 2. El ‘efecto globo’

El ‘efecto globo’ es una intervención que consigue frenar una actividad relacionada con las drogas simplemente traslada esa misma actividad a otra parte del mercado de las drogas. El [gráfico 1](#), abajo, ilustra este fenómeno – las actividades de represión dirigidas a la región caribeña sólo se han traducido en la creación de nuevas rutas de tráfico, de forma que las drogas producidas en América Latina para el consumo en Europa se transporten a través de África occidental. En la producción y el consumo de drogas se dibujan tendencias parecidas – las actividades de represión que consiguen erradicar la producción de drogas en determinada región conducen a un incremento de la producción en otra zona (p. ej., la reducción del cultivo de adormidera en Tailandia llevó al aumento de los cultivos en Afganistán) y las actividades de represión dirigidas contra las personas que consumen una sustancia específica llevan a que los usuarios se pasen a otras sustancias, a veces más nocivas, como los ‘euforizantes legales’.

Gráfico 1. Cambios en las rutas de tráfico de la cocaína, 1998–2008⁴



Nuevos objetivos e indicadores para la aplicación de la ley

Una de las claves para la revisión de las estrategias sobre drogas es la necesidad de replantear los objetivos y las prioridades para las acciones de represión contra los mercados y el consumo de drogas. Uno de los ejes fundamentales pasa por el deber de la policía y otros organismos de aplicación de la ley de proteger la salud y el bienestar de la ciudadanía. Los encargados de la adopción de políticas y los responsables de administrar la aplicación de la ley asumieron generalmente que la mejor forma de proteger a los ciudadanos de los daños relacionados con las drogas era centrarse en erradicar los mercados ilícitos de drogas. En consecuencia, el éxito de las estrategias de aplicación de la ley se ha medido en función de los pasos dados hacia el objetivo de la erradicación, como las hectáreas de cultivos destruidos, la cantidad de drogas o precursores decomisados y el número de personas que consumen drogas o pequeños traficantes arrestados.

Lamentablemente, ninguno de estos indicadores ha demostrado ser una medida precisa para determinar si se están reduciendo las dimensiones globales del problema de las drogas. Tampoco son un instrumento adecuado para medir la salud y el bienestar de la humanidad, como se contempla en el Preámbulo de la Convención de 1961. Las operaciones que han acabado con la actividad de grupos traficantes, por ejemplo, no han conducido a una reducción sostenida en la oferta de drogas, y la erradicación generalizada de cultivos tampoco se ha traducido en una disminución de la producción global de drogas en el mundo. Igualmente, no existe ninguna correlación entre el número de personas que consumen drogas arrestadas en un determinado país y las tendencias en la prevalencia del consumo de sustancias (véase el [cuadro 3](#)).⁵

Cuadro 3. Comparación entre el alto índice de arrestos y la prevalencia del consumo de drogas en los Estados Unidos

El [gráfico 2](#) muestra el número estimado de adultos encarcelados por delitos de drogas en los Estados Unidos durante un período de 30 años. Según el gráfico, el número de adultos encarcelados aumentó en un 1.000 por ciento entre 1972 y 2002. Como se puede ver en el [gráfico 3](#), los datos sobre la prevalencia de consumo de drogas entre jóvenes estudiantes de los Estados Unidos no revelan ninguna correlación entre los niveles de encarcelamiento por delitos de drogas y la prevalencia del consumo de sustancias.

Gráfico 2. Número estimado de adultos encarcelados por delitos de drogas en los Estados Unidos, 1972–2002⁶

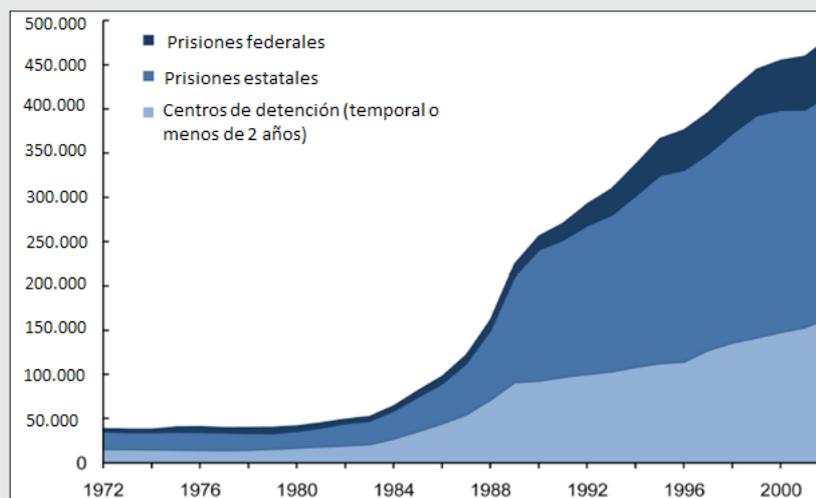
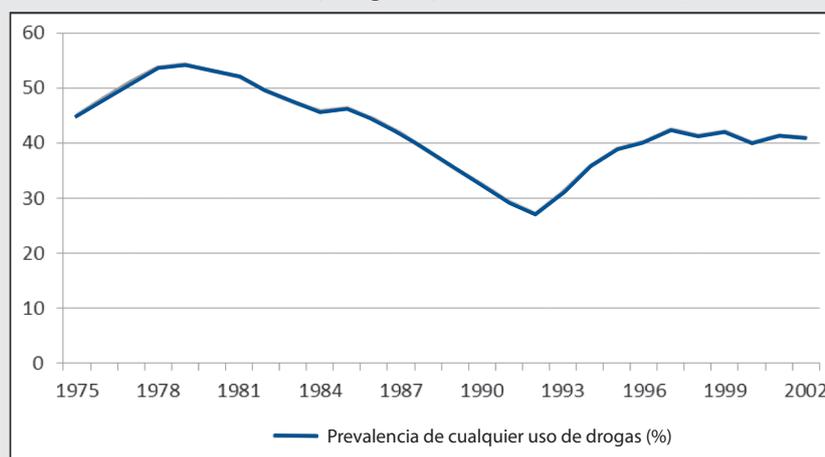


Gráfico 3. Prevalencia anual de consumo de drogas controladas entre estudiantes de 16 a 18 años (12º grado) en los Estados Unidos, 1975–2002⁷



Establecimiento de objetivos e indicadores más eficaces

Ya no es posible basarse en el supuesto de que las estrategias y tácticas centradas en decomisos, arrestos y condenas solucionarán el problema de las drogas. En lugar de ello, los recursos para la aplicación de la ley se deberían destinar a reducir la delincuencia y los daños sociales y sanitarios relacionados con las drogas, con el fin de alcanzar mejor el objetivo último de garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos. Los objetivos estratégicos de aplicación de la ley se deberían centrar más en las consecuencias –ya sean positivas o negativas– del mercado de las drogas y no tanto en las dimensiones de éste. Para evaluar los avances de los organismos de la aplicación de la ley hacia la consecución de estos objetivos revisados, se deben desarrollar nuevos indicadores:

- **indicadores en materia de mercados de drogas que se centren más en los resultados de las operaciones de aplicación de la ley:**
 - ¿han limitado las operaciones de aplicación de la ley la oferta de una determinada droga entre los jóvenes (medido por el nivel de consumo o la facilidad de acceso)?
 - ¿han influido las operaciones de aplicación de la ley en el precio o la pureza de las drogas en el ámbito del mercado al por menor? En caso afirmativo, ¿ha tenido esto efectos positivos o negativos sobre el mercado y las personas que consumen drogas?

- **indicadores que midan la delincuencia relacionada con drogas:**
 - ¿se han reducido los beneficios, el poder y el alcance de los grupos de la delincuencia organizada?
 - ¿se ha rebajado la violencia asociada con los mercados de drogas?
 - ¿ha disminuido el nivel de delitos menores cometidos por personas dependientes de drogas?
- **indicadores que midan la contribución de la aplicación de la ley a programas sociales y sanitarios:**
 - ¿a cuántas personas dependientes de drogas han derivado los organismos de aplicación de la ley hacia servicios de tratamiento?
 - ¿cuántas personas han logrado alcanzar un período sostenido de estabilidad gracias al tratamiento?
 - ¿se ha reducido el nivel de muertes por sobredosis?
 - ¿ha disminuido la prevalencia del VIH y la hepatitis viral entre las personas que consumen drogas?
- **indicadores que evalúen el entorno y los patrones del consumo y la dependencia de drogas:**
 - ¿cómo han influido las actividades de aplicación de la ley en el entorno socio-económico de las comunidades afectadas?
 - ¿han cambiado los patrones de consumo y dependencia de drogas a raíz de las acciones de represión?

Estos son posibles indicadores para medir la contribución de la aplicación de la ley a la hora de reducir los impactos negativos de los mercados de drogas, los cuales también se pueden lograr de forma más realista. El hecho de que las estrategias y actividades de aplicación de la ley se guíen por un conjunto de objetivos e indicadores distintos no significa que se limite el papel de dicha aplicación en las iniciativas de control de drogas. Más bien, impulsar los objetivos e indicadores para las estrategias de aplicación de la ley fortalecerá la capacidad de los organismos encargados de ella para desarrollar respuestas más eficaces, especialmente en el ámbito que se trata a continuación.

Abordar la delincuencia organizada

La aplicación de la ley nunca podrá erradicar por completo los mercados ilícitos de drogas (las largas y costosas operaciones para dismantelar un grupo sólo llevan a que su lugar lo ocupe otro). Por tanto, las estrategias e intervenciones se deberían centrar en limitar las operaciones de aquellos grupos e individuos delictivos cuyas acciones son más perjudiciales para la sociedad, ya sea a través de la corrupción de funcionarios e instituciones, la violencia e intimidación ejercidas sobre ciudadanos que respetan la ley o el perjuicio y menoscabo de actividades económicas legítimas. Las acciones contra los grupos de la delincuencia organizada se deben basar en una información de calidad,⁸ centrándose en el impacto de sus operaciones sobre la sociedad. Este análisis puede conducir a decisiones difíciles sobre las prioridades, que deberían centrarse en los aspectos más nocivos de sus operaciones y no sólo en los decomisos y arrestos, y promover que los mercados se desarrollen lejos de lugares públicos⁹ o dependan de redes no violentas y con relaciones amistosas entre sí (para más información, véase el [apartado 4.2](#):

Los recursos de aplicación de la ley se deberían destinar a reducir la delincuencia y los daños sociales y sanitarios relacionados con las drogas.

Reducción de la violencia de los mercados de drogas). Puesto que se trata de un problema transnacional, con frecuencia se requerirá cooperación internacional.

Abordar los problemas asociados con los mercados al por menor

Los mercados al por menor de drogas pueden funcionar de formas muy distintas: en espacios públicos o privados; concentrados o dispersos; y controlados por un pequeño número de grupos dominantes o por un gran número de redes sociales. Los distintos tipos de mercados al por menor tienen también impactos muy diversos en los niveles de daño causado a la comunidad mediante su visibilidad, violencia o intimidación. Las iniciativas de aplicación de la ley que se basan de forma indiscriminada en cualquier aspecto visible del mercado pueden provocar en éste cambios que, de hecho, aumentan los daños para la comunidad. El

ejemplo más habitual se da cuando una operación contra una organización traficante que se salda con éxito deriva en una mayor violencia debido a las batallas que desencadena el 'vacío' dejado o bien el auge de una organización más violenta. Siguiendo la misma línea, la redada en un local privado donde se concentra el tráfico de drogas puede llevar a que el mercado se traslade a un espacio más público o peligroso. Aunque las circunstancias particulares son distintas en cada lugar, los mercados al por menor tienden a ser más nocivos cuando se despliegan en zonas públicas, están concentrados e implican a grupos y personas que están dispuestos a recurrir a la violencia, la intimidación y la corrupción para proteger su negocio. Así, las estrategias de aplicación de la ley contra los mercados al por menor se deben basar en información de calidad sobre el mercado local e intentar influir en su conformación con el objetivo de minimizar los consecuentes daños (para más información, véanse los cuadros 4 y 5 del apartado 4.2: Reducción de la violencia de los mercados de drogas).

Las iniciativas de aplicación de la ley deberían centrarse en:

- Abordar la delincuencia organizada
- Abordar los problemas asociados con los mercados al por menor
- Reducir la oferta entre los jóvenes
- Reducir los delitos menores cometidos por personas dependientes de drogas
- Dar apoyo a programas sanitarios y sociales

Cuadro 4. El 'milagro de Boston'

El 'milagro de Boston' ilustra muy bien un enfoque que buscaba abordar los problemas asociados con los mercados al por menor. A fines de los años ochenta, la ciudad estadounidense de Boston experimentó una drástica subida del índice de asesinatos, que pasó de unas 15 personas por cada 100.000, a mediados de la década, a 25 en 1990. Estas cifras se concentraban muy especialmente entre grupos de jóvenes afroamericanos, que recurrían a menudo al uso de armas semiautomáticas y muchos de los cuales eran miembros de bandas callejeras que participaban en el mercado del *crack*, en plena expansión. Tras un letal incidente en 1992, se constituyó una plataforma de grupos de base confesionales, que empezó a organizar foros en los que reunían a delincuentes que participaban en bandas, agentes de policía, pastores eclesiásticos, y personal de los servicios sociales. A los delincuentes de las bandas se les ofrecía la posibilidad de aceptar ayuda mediante programas de educación y formación, o bien ser blanco de la policía por sus actividades violentas. El proyecto también se proponía impedir el tráfico de armas. Según una evaluación del programa realizada en 2001, en Boston se había producido un descenso del 63 por ciento en el índice mensual de homicidios entre jóvenes.¹⁰

Cuadro 5. Aplicación de la ley en High Point, Carolina del Norte, Estados Unidos

Otro buen ejemplo se encuentra en la ciudad de High Point, en Carolina del Norte, donde la policía aplicó el modelo de Boston. Durante largo tiempo, la policía recopiló datos sobre los traficantes jóvenes en el mercado de drogas local, se puso en contacto con sus padres y con otras personas que era probable que pudieran influir en ellos y, después, con esta información, se pusieron en contacto con los traficantes. La policía hizo saber a los traficantes que, si proseguían con sus actividades, se encontraban ante una situación de alto riesgo de encarcelamiento. Esta iniciativa se tradujo en menos arrestos después de dos años, y en una disminución del 25 por ciento en los delitos violentos y contra la propiedad. Actualmente, el mercado local está inactivo.¹¹

Reducir la oferta entre los jóvenes

Aunque no es realista esperar que las autoridades encargadas de la aplicación de la ley acaben con toda la oferta de drogas en un país o ciudad específicos, sí pueden influir en el mercado al por menor de forma que se minimice el riesgo de que los jóvenes entren en contacto con él. Los organismos de aplicación de la ley deben centrar sus acciones en conformar el mercado de drogas local para que sea menos accesible a los jóvenes. Pueden, por ejemplo, tomar fuertes medidas contra el tráfico en parques y plazas, y fomentar que los mercados se desarrollen en locales privados.

Los organismos de políticas de drogas también pueden plantearse que el suministro de drogas a niños o la participación de menores de edad en el tráfico constituyan un factor agravante en las condenas. Este enfoque se ha adoptado en la República Checa, Estonia, Dinamarca y los Estados Unidos, pero ha conducido, a menudo, a penas cada vez más desproporcionadas. En los Estados Unidos, por ejemplo, las personas que suelen traficar cerca de las escuelas tienden a proceder de sectores pobres y afroamericanos, ya que suelen vivir en zonas urbanas con gran densidad demográfica y con una alta concentración de escuelas. Por lo tanto, los costes y beneficios de estos 'factores agravantes' se deben sopesar con mucho cuidado.

En un mercado regulado, la oferta entre los jóvenes se podría reducir fácilmente aplicando estrictas regulaciones sobre las drogas, como las que se utilizan para el tabaco, el alcohol o los fármacos (véase el [cuadro 7](#) del apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas).

Reducir los delitos menores cometidos por personas dependientes de drogas

Las formas más habituales de delincuencia relacionada con las drogas son el hurto, la estafa, el trabajo sexual comercial y el robo cometidos por personas dependientes de drogas, con el fin de costearse la compra de sustancias.¹² Muchos países han llegado a la conclusión de que las personas dependientes de drogas representan un porcentaje notable de los índices generales de autoría de determinados delitos menores. Los países que han puesto en marcha iniciativas para identificar a los delincuentes más activos y derivarlos a programas de tratamiento comprobados empíricamente para la dependencia de drogas han llegado a la conclusión de que se trata de un mecanismo rentable para reducir los índices de delincuencia individual.¹³ Dado que los organismos de aplicación de la ley entran en contacto habitual con los autores de estos delitos, están en una buena posición para desempeñar este papel de identificación y derivación. Los programas en centros de arresto de derivación hacia tratamiento, los planes de derivación desde el sistema jurídico penal y los programas de tratamiento de dependencias de drogas en centros penitenciarios han demostrado su eficacia para alejar a las personas dependientes de drogas de un estilo de vida que gira en torno a la pequeña delincuencia y la toxicomanía (para más información, véase el [apartado 2.3: Reducción de los encarcelamientos](#)).¹⁴ Las autoridades encargadas de la aplicación de la ley, por lo tanto, deberían poner un mayor acento en derivar a estas personas a servicios de atención y tratamiento en lugar de ceñirse únicamente al proceso, mucho más caro, de arrestarlas y encarcelarlas.

Dar apoyo a programas sanitarios y sociales

Debido al actual régimen de fiscalización de estupefacientes, las personas que consumen drogas se ven a menudo abocadas a vivir al margen de la sociedad. La pobreza y la alienación suelen ser factores favorables a la iniciación en el consumo de drogas y el desarrollo de una dependencia de éstas (las condiciones de vida difíciles y los traumas emocionales pueden incrementar aún más la vulnerabilidad ante dicha dependencia), y, a su vez, la dependencia de las drogas empeora estos problemas.

Algunos gobiernos han adoptado políticas de drogas que tienden a incrementar la exclusión social. Arrestar y castigar a las personas que consumen drogas, o negarles el acceso al mundo laboral o educativo, por ejemplo, puede exacerbar la marginación que ya experimentan. En estas condiciones, el consumo de drogas puede dar lugar a importantes riesgos para la salud, tales como la sobredosis y el contagio de infecciones de transmisión sanguínea como la hepatitis o el VIH/SIDA. En muchos países, la epidemia mundial de VIH se ve impulsada por el uso compartido de material de inyección contaminado y las autoridades de salud pública están inmersas en una lucha global para intensificar los servicios de prevención del VIH dirigidos a personas que consumen drogas. Muchas de estas medidas –como la distribución de agujas y jeringuillas esterilizadas– se aplican en un contexto en que las personas que consumen drogas mantienen el hábito, y su objetivo es mantenerlas con vida y con salud, mientras se las anima a indagar en posibles opciones de tratamientos. Muchos organismos de aplicación de la ley se han mostrado reacios a respaldar estas iniciativas, ya que creen, erróneamente, que de este modo consienten o perpetúan el consumo de drogas.

La falta de un apoyo claro de los organismos de aplicación de la ley a las iniciativas sociales y sanitarias dirigidas a las personas que consumen drogas constituye una importante barrera normativa. Las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley deberían respaldar la derivación de las personas que consumen drogas a los servicios socio-sanitarios correspondientes para mejorar la salud pública y, más concretamente, las medidas para reducir los contagios de VIH y las muertes por sobredosis. Dado que los funcionarios de la policía y de los tribunales, en concreto, suelen estar en contacto habitual con personas vulnerables al contagio de VIH, pueden desempeñar un papel fundamental para proporcionar asesoramiento e información que facilite el acceso a servicios de reducción de daños, así como respuestas rápidas a las sobredosis. Allí donde los organismos policiales y sanitarios han trabajado conjuntamente para alcanzar objetivos comunes en este ámbito, han podido demostrar un claro éxito en la reducción de los índices de contagio de VIH y de las muertes por sobredosis (véase el [cuadro 6](#)).

Cuadro 6. La política de los 'cuatro pilares' en Suiza

En 1994, el gobierno suizo adoptó una nueva estrategia sobre drogas que integraba objetivos en materia de seguridad pública, salud y cohesión social. Estaba integrada por cuatro pilares: prevención, tratamiento, reducción de daños y aplicación de la ley. La estrategia se desarrolló a partir de consultas con integrantes de los sectores de aplicación de la ley, salud pública y comunitario. La nueva política conlleva, entre otras cosas, la prescripción de opiáceos (especialmente heroína) para tratar la dependencia de éstos. La paulatina aplicación de la política se tradujo en un notable descenso de los problemas relacionados con el consumo de drogas. En primer lugar, el consumo de heroína cayó drásticamente entre 1990 y 2005. En segundo, se produjo una reducción significativa de las sobredosis y las muertes relacionadas de forma indirecta con el consumo de drogas, como las enfermedades asociadas con el SIDA y la hepatitis. Entre 1991 y 2004, el número de muertes relacionadas con las drogas bajó en más de un 50 por ciento. En tercer lugar, los niveles de contagios del VIH relacionados con el consumo de drogas inyectadas se redujeron un 80 por ciento en 10 años. Finalmente, la frecuencia de los delitos contra la propiedad y el tráfico de drogas duras por parte de los usuarios que seguían programas de prescripción de heroína cayó un 90 por ciento, y el hurto en los comercios, un 85 por ciento.¹⁵

Recomendaciones

- 1) Las estrategias de aplicación de la ley se deberían revisar y reorientar, dejando de poner el acento únicamente en el decomiso de drogas y el arresto de usuarios y adoptando un enfoque de colaboración con los organismos relevantes para limitar problemas sociales y sanitarios.
- 2) Se debería adoptar un nuevo conjunto de objetivos estratégicos e indicadores de éxito para la aplicación de la ley.
- 3) Las acciones contra los grupos de la delincuencia organizada se deben basar en información de calidad y los recursos se deben concentrar en los aspectos más nocivos de la delincuencia organizada, y no en los decomisos ni en el arresto de pequeños traficantes.
- 4) Las estrategias de aplicación de la ley contra los mercados al por menor se deben basar en información de calidad, que permita evaluar la dinámica de los mercados de drogas locales, e intentar influir en la conformación de dichos mercados para minimizar sus consiguientes daños.
- 5) Se deben desarrollar políticas y estrategias que minimicen el potencial de que los jóvenes entren en contacto con los mercados ilícitos de drogas. Esto se puede lograr con acciones de represión dirigidas a los mercados de drogas locales para incidir en su conformación y hacerlos menos accesibles a los jóvenes.
- 6) Se necesitan mecanismos fundamentados en pruebas empíricas y rentables que permitan derivar a los autores de delitos de drogas hacia los servicios correspondientes, como servicios de tratamiento de la dependencia de drogas de base comunitaria. Los organismos de aplicación de la ley pueden identificar y derivar a los consumidores dependientes de drogas a dichos servicios.

Recursos clave

Caulkins, J. & Reuter, P. (enero de 2009), 'Towards a harm reduction approach to enforcement', *Safer Communities*, **8**(1): 9–23, http://www.ukdpc.org.uk/resources/Safer_Communities_Jan09_Special_Issue.pdf

European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998–2007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007), *Drug use and related problems among very young people (under 15 years old)* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44741_EN_TDSIO7001ENC.pdf

Jelsma, M. (2009), *Innovaciones legislativas en políticas de drogas* (Iniciativa Latinoamericana sobre Drogas y Democracia), http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/Innovaciones%20Legislativas_Martin_Esp.pdf

Lenton, S., Chanteloup F., Fetherston J., Sutton, A., Hawks, D., Barratt, M. & Farrington F. (2005), *An evaluation of the impact of changes to cannabis law in Western Australia: Summary of the year 1 findings*. Monograph Series No. 12. (Melbourne: Commonwealth of Australia), http://www.ndlrf.gov.au/pub/Cannabis_WA.pdf

McSweeney, T., Turnbull, P.J. & Hough, M. (2008), *Tackling drug markets and distribution networks in the UK* (London: UKDPC), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Drug_Markets_Full_Report.pdf

Stevens, A. & Bewley-Taylor, D. (2009), *Beckley Report 15 – Drug markets and urban violence: can tackling one reduce the other?* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_15.pdf

UK Drug Policy Commission (2009), *Refocusing drug-related law enforcement to address harms – Full review report* (London: UKDPC), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Refocusing_Enforcement_Full.pdf

Notas

- 1 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 19982007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf
- 2 Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf
- 3 Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf
- 4 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011), *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
Fuente: UNODC World Drug Report 2009 y UNODC calculations informed by US ONDCP, Cocaine Consumption Estimates Methodology, septiembre de 2008 (documento interno).
- 5 Degenhardt, L., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J.C., Angermeyer, M., et al. (2008), 'Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys', *PLoS Medicine*, 5(7): 1053–1067, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050141>
- 6 International Centre for Science in Drug Policy (2010), *Effect of drug law enforcement on drug-related violence: evidence from a scientific review* (Vancouver: International Centre for Science in Drug Policy), <http://www.icsdp.org/docs/ICSDP-1%20-%20FINAL.pdf>
- 7 National Institute on Drug Abuse (2004), *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975–2004*, Volume I (Bethesda: National Institute on Drug Abuse).
- 8 McSweeney, T., Turnbull, P.J. & Hough, M. (2008), *Tackling drug markets and distribution networks in the UK* (London: UK Drug Policy Commission), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Drug_Markets_Full_Report.pdf
- 9 Los mercados cerrados al por menor suelen estar asociados con un menor nivel de daños relacionados con las drogas. Las iniciativas de aplicación de la ley tienen el potencial de 'entrenar' a los mercados para que se cierren.
- 10 Stevens, A. & Bewley-Taylor, D. (2009), *Beckley Report 15 – Drug markets and urban violence: can tackling one reduce the other?* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_15.pdf
- 11 Caulkins, J.P. & Reuter, P. (2009) 'Towards a harm reduction approach to enforcement', *Safer Communities*, 8(1).
- 12 Estos delitos relacionados con drogas suelen ser específicos de los diferentes tipos de drogas ilícitas: Bennet, T. & Holloway, K. (2009), 'The causal connection between drug misuse and crime', *The British Journal of Criminology*, 49: 513–531, <http://bjc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/azp014>
- 13 Véase, por ejemplo, Hughes, C.H. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *British Journal of Criminology*, 50: 999–1022. Sin embargo, este enfoque aún no ha conseguido rebajar los índices generales de delincuencia. Esto parece indicar que se incidirá más en ellos mediante factores sociales más generales (como la desigualdad, la pobreza o la marginación) que mediante los mercados de drogas. En China se han observado efectos parecidos. Véase: Yin, W., Hao, Y., Sun, X., et al (2010), 'Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges', *The International Journal of Epidemiology*, 39(2): 29–37.
- 14 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2007), *Manual de principios básicos y prácticas prometedoras en la aplicación de Medidas sustitutivas del encarcelamiento* (Nueva York: ONU), http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Handbook_of_basic_principles_and_promising_practices_on_Alternatives_to_Imprisonment_Spanish.pdf
- 15 Savary, J.F., Hallam, C. & Bewley-Taylor, D. (2009), *Briefing Paper 18 – The Swiss four pillars policy: an evolution from local experimentation to federal law* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Briefing_18.pdf

2.3 Reducción de los encarcelamientos

En este apartado

- Problemas asociados con altos índices de encarcelamiento
- Estrategias alternativas al encarcelamiento
- Descriminalización/despenalización de la posesión de drogas para consumo personal
- Mecanismos de derivación

Reducir los índices de encarcelamiento mediante la descriminalización, la despenalización y/o mecanismos de derivación ofrece formas más eficaces y menos costosas de limitar la delincuencia relacionada con las drogas, y fomenta la integración social de los autores de delitos menores de drogas.

¿Por qué es importante reducir los encarcelamientos?

En su intento por reducir los mercados ilícitos de drogas, muchos gobiernos recurren al encarcelamiento de los autores de delitos relacionados con éstas. La lógica de que se instituya el encarcelamiento como un castigo para los delitos relacionados con drogas está en la creencia de que las duras penas impuestas por un fuerte sistema judicial penal disuadirán a los potenciales cultivadores, usuarios y traficantes de participar en el mercado de las drogas. El encarcelamiento, por lo tanto, desempeña un papel importante en la mayoría de los sistemas nacionales de fiscalización de estupefacientes, aunque el alcance y el carácter de su aplicación concreta varían mucho según el país.

Durante las últimas cuatro décadas, se ha enviado a prisión a un número cada vez mayor de personas arrestadas por delitos relacionados con drogas. El incremento más acusado se ha producido en los Estados Unidos, donde más de la mitad de los reclusos en centros penitenciarios federales están bajo custodia acusados de delitos de drogas.¹ El mismo fenómeno se observa, aunque con un incremento menos espectacular, en Europa, Asia, África, Oceanía y las Américas.² La tendencia al alza de los encarcelamientos es preocupante y su eficacia para aliviar los problemas relacionados con las drogas también es muy cuestionable (véase el [cuadro 1](#)).

Cuadro 1. Fragmento del *Manual de principios básicos y prácticas prometedoras en la aplicación de medidas sustitutivas del encarcelamiento de la ONUDD*³

“La libertad individual es uno de los derechos humanos más fundamentales y está reconocida en los instrumentos internacionales de derechos humanos y las constituciones nacionales de todo el mundo. Para privar a alguien de este derecho, aunque solo sea temporalmente, los gobiernos tienen el deber de justificar que el uso del encarcelamiento es necesario para lograr un importante objetivo social y que no existe otro medio menos restrictivo que permita lograr tal objetivo”.

El sistema de fiscalización de estupefacientes de la ONU es contradictorio en su postura con respecto a las medidas punitivas por delitos de drogas. En su Informe anual de 2007, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) dedicó todo un capítulo a la necesidad de garantizar la proporcionalidad de las penas impuestas por delitos relacionados con drogas. Sin embargo, la recomendación se planteó en un marco jurídico internacional que aún alienta enérgicamente un enfoque penal, especialmente con el artículo 3 de la Convención de 1988,⁴ que obliga a los gobiernos a adoptar todas las medidas necesarias para establecer sanciones penales en los casos de delitos relacionados con drogas. Al mismo tiempo, las convenciones sobre drogas de la ONU ofrecen a los países una flexibilidad considerable al permitir que se empleen medidas sociales y sanitarias además de o en lugar de sanciones penales en el caso de autores de delitos dependientes de drogas y no exigen de forma explícita que se criminalice el consumo de sustancias.⁵ En la práctica, la mayoría de los gobiernos ha adoptado duras leyes y penas en materia de drogas para cumplir con 'la letra y el espíritu' de las convenciones de la ONU. Con los años, han aumentado las preocupaciones de que el encarcelamiento generalizado de personas que consumen drogas sea un mecanismo demasiado caro, ineficaz y exacerbe los problemas sociales y sanitarios, sin conseguir impedir o disuadir el consumo de sustancias.

El encarcelamiento generalizado de personas que consumen drogas es caro, ineficaz y exacerba los problemas sociales y sanitarios, sin conseguir disuadir el consumo de sustancias.

Problemas asociados con altos índices de encarcelamiento

Las pruebas demuestran que las duras tácticas de aplicación de la ley que persiguen altos índices de encarcelamiento para los autores de delitos de drogas han tenido consecuencias negativas, no sólo para los propios autores de los delitos, sino también para el sistema de justicia penal y el conjunto de la sociedad:

Costes financieros

Según los cálculos de Jeffrey Miron, economista de Harvard, en 2006 los Estados Unidos gastaron 15.200 millones de dólares en mantener recluidos en las cárceles estatales y federales a personas que habían infringido la legislación de drogas.⁶ A principios de los años noventa, se estimaba que el coste anual de una plaza penitenciaria superaba incluso el coste de las clases, la alimentación y el alojamiento en la Universidad de Harvard. Pero el elevado gasto en encarcelamientos no es algo exclusivo de los Estados Unidos. Al norte de la frontera, Canadá gastó casi 3.000 millones de dólares en servicios de custodia en 2005–2006. Los enormes recursos destinados a encarcelar a los autores de delitos de drogas desvía recursos de programas socio-económicos y sanitarios vitales, tales como la vivienda, la educación y el tratamiento para la dependencia de drogas, que son cruciales para aliviar problemas relacionados con las drogas y abordar las mismas condiciones sociales que podrían llevar a algunas personas a usar drogas.

Carga excesiva sobre el sistema judicial penal

El uso de penas mínimas obligatorias y de detenciones preventivas, y el consiguiente aumento de encarcelamientos de autores de delitos no violentos, puede dañar la reputación y el funcionamiento eficiente del sistema judicial penal de un país. Las leyes de condena que llevan a que los autores de delitos menores relacionados con drogas cumplan penas de prisión más largas que ladrones de bancos, secuestradores y otros delincuentes violentos (como violadores o asesinos) socavan la noción de proporcionalidad y justicia del sistema jurídico. Sobrecargar el sistema de justicia penal con autores de delitos menores de drogas también puede debilitar su capacidad para administrar justicia con eficiencia y para centrar los recursos en los delincuentes de mayor nivel.

Impacto limitado sobre la reducción del consumo de drogas

Algunos gobiernos arguyen que las medidas de represión punitivas disminuirán el consumo de drogas al reducir directamente la demanda. Esta afirmación se basa en la falsa premisa de que, si las personas que consumen drogas están encarceladas, no fomentarán el mercado ilícito de drogas, y de que las penas duras disuadirán el consumo de sustancias. En la práctica, sin embargo, es difícil hallar una correspondencia entre el encarcelamiento de las personas que consumen drogas y una reducción de los mercados ilícitos de drogas (para más información, véase el [cuadro 2](#)). La propia OMS llegó a la conclusión de que “los países con políticas más estrictas frente al consumo de drogas ilegales no presentaban niveles menores de dicho consumo de drogas que los países con políticas más liberales”.⁷

Cuadro 2. Comparación de los índices de encarcelamiento y la prevalencia del consumo de drogas en Ámsterdam y San Francisco

Según un estudio realizado en 2004, en que se comparaba el consumo de cannabis en Ámsterdam (Países Bajos) y en San Francisco (Estados Unidos), el riesgo de castigo percibido no tenía impacto alguno en los niveles de consumo de drogas. A pesar de que ambas ciudades cuentan con regímenes de aplicación de la ley notablemente distintos –Ámsterdam permitía el consumo de drogas en *coffee shops* y San Francisco imponía el encarcelamiento como pena por el consumo de drogas–, el estudio encontró similitudes notables en los patrones de consumo de sustancias.⁸ Las investigaciones sugieren que las penas suelen tener un impacto limitado sobre todos los tipos de consumo de drogas, especialmente entre las personas dependientes de ellas.

El argumento que vincula unos altos índices de encarcelamiento con la reducción del consumo de drogas también ignora la existencia de los activos mercados de drogas en muchas prisiones de todo el mundo. Por ejemplo, según un informe de 2004 del OEDT, la prevalencia del consumo de drogas de vida entre los internos en prisiones europeas oscilaba entre el 22 y el 86 por ciento,⁹ y según un estudio llevado a cabo en Alemania en 2006, el 75 por ciento de los internos que se inyectaban drogas seguían inyectándose las mientras permanecían en la cárcel.¹⁰

Otros gobiernos han justificado sus políticas de encarcelamiento citando los efectos positivos del encarcelamiento para la rehabilitación de los autores de delitos de drogas. No obstante, se suele reconocer que el encarcelamiento en sí no tiene un efecto reformador. Si bien un tratamiento adecuado para los presos que dependen de las drogas puede tener un impacto sobre su consumo y sobre los índices de reincidencia tras la salida de prisión, los tratamientos para la dependencia de drogas en los centros penitenciarios siempre se deberían considerar como una última opción, ya que las pruebas demuestran que se pueden conseguir mejores resultados mediante tratamientos arraigados en la comunidad (véase el [cuadro 3](#)).

Cuadro 3. El tratamiento de base comunitaria en comparación con el tratamiento en las cárceles en la ciudad de Nueva York

El Programa de tratamiento de dependencia de las drogas como alternativa a la prisión se desarrolló en Brooklyn, Nueva York, en 1990. El programa ofrece un tratamiento de 15 a 24 meses para la dependencia de las drogas en una comunidad terapéutica residencial. Está abierto a personas dependientes de drogas que se hayan dedicado reiteradamente a su venta, que no estén condenadas por un delito violento y que estén dispuestas a seguir un tratamiento y a vivir en comunidad, que no tengan antecedentes de violencia ni de problemas de salud mental graves, y que se enfrenten a una pena de prisión efectiva. Según una evaluación sobre cinco años de funcionamiento del programa, sólo el 26 por ciento de los autores de delitos derivados hacia tratamiento volvieron a ser condenados, en comparación con un 47 por ciento de delincuentes que habían sido enviados a prisión.¹¹

Consecuencias sanitarias

El encarcelamiento conlleva también importantes costes colaterales para la salud, especialmente con respecto a infecciones de transmisión sanguínea, como el VIH y la hepatitis C. Las poblaciones penitenciarias presentan sistemáticamente mayores niveles de consumo de drogas, sobre todo por vía parenteral, que la población general. Dado que los programas de intercambio de agujas y jeringuillas (PIAJ) siguen siendo limitados o inexistentes en las cárceles de la mayoría de los países, los internos suelen verse obligados a reutilizar equipos contaminados. Una revisión de las pruebas sobre el VIH en las cárceles realizada en 2009 demuestra que la elevada prevalencia de VIH y dependencia de las drogas entre los presos, acompañada del uso compartido del material para la inyección de drogas, convierte a las prisiones en un entorno de alto riesgo para la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea. En última instancia, esto alimenta la epidemia del VIH entre las comunidades a las que vuelven los reclusos que viven con el virus una vez salen de prisión (para más información, véase el [apartado 2.4: Intervenciones eficaces en materia de drogas en las cárceles](#)).¹²

El encarcelamiento entraña importantes costes colaterales para la salud.

El encarcelamiento generalizado también influye en muchas otras condiciones sanitarias, como problemas de salud mental sin diagnosticar, afecciones crónicas como diabetes e hipertensión, y problemas con la salud bucal y la nutrición. La ampliación de las condenas se ha traducido en un creciente número de personas mayores en las prisiones, con sus correspondientes perfiles de dolencias, como la enfermedad de Alzheimer, afecciones cardíacas y respiratorias, etcétera. La superpoblación y la falta de recursos suponen que los problemas sanitarios de los reclusos se vean a menudo agravados durante su paso por prisión.

Aunque los servicios para prevenir y tratar el VIH y otras enfermedades infecciosas cada vez son más habituales en la comunidad, los presos suelen carecer de acceso a una atención básica de la salud, una nutrición adecuada, y un diagnóstico y tratamiento del VIH y otras enfermedades infecciosas.

Estrategias alternativas al encarcelamiento

Teniendo en cuenta los importantes costes del encarcelamiento y su escaso efecto disuasorio, resulta difícil justificar que las políticas de drogas usen un enfoque que prioriza el arresto generalizado y las penas duras con el argumento de su eficacia. El planteamiento de estrategias alternativas al encarcelamiento que resulten eficaces para abordar la dependencia de drogas y los delitos relacionados se debería basar en dos principios fundamentales, como se analiza a continuación.

- **Abordar el consumo de drogas como un problema de salud, no como un delito** – es necesario cambiar el enfoque, y dejar de considerar el consumo de drogas como un delito para afrontarlo como un problema de salud, y en lugar de poner el acento en castigar a las personas dependientes de las drogas, promover su acceso a tratamientos comprobados empíricamente para la dependencia de sustancias. Este enfoque entraña reducir el encarcelamiento y desarrollar mecanismos alternativos para los consumidores de drogas arrestados. Este enfoque cuenta con el respaldo de las convenciones de la ONU;¹³ en concreto, las Reglas mínimas de la ONU sobre las medidas no privativas de la libertad (las Reglas de Tokio)¹⁴ y, más recientemente, de la propia JIFE, que ha subrayado que el principio de la proporcionalidad se debería aplicar a los delitos de posesión, adquisición, cultivo y uso para consumo personal “en sustitución absoluta de la declaración de culpabilidad o la condena”.¹⁵

- **Imponer penas proporcionales a los delitos de drogas** – se necesita un cambio fundamental de enfoque para enfrentar el castigo por los delitos de drogas. Las leyes y normativas que prescriben las sentencias y penas para los delitos de drogas se deberían reformar para que reflejen la gravedad del delito y el probable impacto del castigo sobre el conjunto del mercado ilícito de las drogas. En cualquier caso, la pena de muerte no se debería utilizar para los delitos de drogas (véase el [cuadro 3](#) del apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas). De especial importancia es la necesidad de distinguir entre distintos tipos de autores de delitos de drogas: consumidores 'recreativos' o esporádicos, personas que dependen de las drogas, traficantes 'sociales' o de poca monta y traficantes serios u organizados (véase el [apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas](#)). Las detenciones preventivas y las penas mínimas obligatorias se deberían evitar en los casos de autores de delitos de drogas de bajo nivel y no violentos, con miras a reducir la sobrepoblación penitenciaria. Los responsables de la formulación de políticas deberían procurar entender el alcance y el tipo de daños causados por distintas actividades relacionadas con las drogas, con el fin de determinar la relevancia y la proporcionalidad del castigo.

Los mecanismos pueden ayudar a reducir el índice de encarcelamiento de los autores de delitos de drogas de poca monta y no peligrosos. Los diversos mecanismos para derivar a estas personas del encarcelamiento hacia otros programas se pueden combinar para rebajar la presión sobre los sistemas de justicia penal y alcanzar mejores resultados sociales y sanitarios.

Los mecanismos de derivación reducen el índice de encarcelamiento de los autores de delitos de drogas de poca monta y no peligrosos.

Despenalización y descriminalización de la posesión de drogas para consumo personal

Las personas intervenidas en posesión de drogas para consumo personal deberían ser reconocidas como una categoría especial y no ser enviadas a prisión simplemente por la tenencia o el uso de drogas controladas. Hasta la fecha, se han adoptado tres grandes estrategias para que el encarcelamiento deje de ser una respuesta al uso o posesión para consumo personal de drogas controladas:

- despenalización (véase el [cuadro 4](#) para un ejemplo de Australia)
- descriminalización *de facto* (véase el [cuadro 5](#) para un ejemplo de los Países Bajos)
- descriminalización (véase el [apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas](#) para varios ejemplos detallados)

Estas estrategias han demostrado su eficacia para aliviar la carga que pesa sobre los sistemas de justicia penal y penitenciarios, y para mejorar el acceso a servicios sociales y de atención a la salud sin conducir a un incremento en el consumo de drogas.¹⁶

Cuadro 4. La despenalización en Australia

Varios estados australianos han adoptado una política equilibrada entre la aplicación de la ley y los servicios de tratamiento para los autores de delitos de drogas. En estos estados, el cultivo y la posesión de cannabis se afrontan con sanciones civiles como multas o notificaciones de infracción de la ley, más que con el encarcelamiento. Los agentes de policía han puesto en marcha este sistema de aplicación de baja intensidad con un éxito considerable y, al mismo tiempo, evitando algunos de los resultados negativos de un modelo demasiado prohibicionista, como la pérdida de productividad y las amenazas a las libertades civiles. Su enfoque ha tenido un efecto positivo sobre los niveles de encarcelamiento, ya que, en 2010, sólo el 11 por ciento de la población penitenciaria estaba recluido por delitos de drogas.¹⁷

Cuadro 5. El modelo de descriminalización *de facto* en los Países Bajos

En los Países Bajos, las autoridades aplicaron la descriminalización *de facto* en el caso del cannabis en los años setenta. Con este sistema, aunque la posesión y el consumo de cannabis siguen siendo ilegales, el ministerio de Justicia neerlandés opta por no aplicar la ley. La posesión de menos de 5 gramos de cannabis ya no es objeto de las intervenciones de aplicación de la ley. Desde los años ochenta, está autorizada la compra y venta de pequeñas cantidades de cannabis en 'coffee shops' que funcionan con licencias y de acuerdo a unas estrictas regulaciones.

Mecanismos de derivación

La derivación es un mecanismo eficaz para poner en práctica la despenalización y la descriminalización. Varios países de todo el mundo han establecido sistemas de derivación, que son distintos en muchos sentidos, pero que se pueden clasificar en función de la etapa en que se produce la derivación (se explican más adelante):

- derivación en el momento del arresto
- derivación en el proceso judicial
- derivación al pronunciarse sentencia

Se puede establecer aún otra distinción entre los diferentes sistemas de derivación: en algunos países, la derivación se aplica a las personas intervenidas en posesión de sustancias controladas, mientras que, en otros, se aplica a personas arrestadas por delitos motivados por la dependencia de drogas (p. ej., robo, estafa o trabajo sexual).

- **Derivación de los autores de delitos de drogas en el momento del arresto** – Los mecanismos de derivación en el momento del arresto están concebidos para evitar cargar el sistema judicial penal con delincuentes menores y para proporcionar unos servicios adecuados a las personas dependientes de drogas. La derivación en el momento del arresto se basa en los mandos y funcionarios policiales como el personal clave que toma la decisión sobre la conveniencia de derivar a la persona hacia el tratamiento o hacia el proceso penal. Portugal ofrece un buen ejemplo de la derivación del sistema de justicia penal hacia otros servicios (véase el [cuadro 6](#)).

Cuadro 6. Las Comisiones para la Disuasión en Portugal¹⁸

En julio de 2001, Portugal adoptó una ley nacional por la que se descriminalizó la posesión de todas las drogas controladas para consumo personal. Según este régimen jurídico, el tráfico de drogas sigue siendo procesable como un delito penal, pero la posesión de sustancias para uso personal es una falta administrativa. La ley también incorporó un sistema de derivación hacia Comisiones para la Disuasión de la Toxicodependencia (Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência). Cuando se arresta a una persona en posesión de drogas, la policía la deriva directamente a estos grupos regionales, que están formados por tres personas, entre los que se cuentan un trabajador social, un asesor jurídico y un profesional médico, y que cuentan con el apoyo de un equipo de expertos técnicos.

Las comisiones utilizan respuestas selectivas para disuadir a los nuevos consumidores y animar a los consumidores dependientes a iniciar un tratamiento. Con ese fin, pueden imponer sanciones tales como servicios comunitarios, multas, suspensión de licencias profesionales y la prohibición de acudir a determinados lugares, así como recomendar programas de tratamiento o formación para las personas dependientes de drogas.

Desde que se adoptó este nuevo sistema, el porcentaje de autores de delitos de drogas condenados a penas de privación de la libertad se redujo hasta un 28 por ciento en 2005, con respecto a un pico de 44 por ciento en 1999. Este descenso ha contribuido a la reducción de la sobrepoblación penitenciaria, que, entre 2001 y 2005, cayó de un índice de 119 a 101,5 reclusos por cada 100 plazas penitenciarias.¹⁹ Estos datos sugieren que la reforma portuguesa ha rebajado parte de la presión a la que estaba sometido el sistema judicial penal.

- **Derivación en el proceso judicial** – en este sistema de derivación, los fiscales son los actores clave que determinan si la persona arrestada debería comparecer ante un tribunal o ser enviada a tratamiento (véase el [cuadro 7](#)).

Cuadro 7. El sistema de derivación escocés²⁰

El Programa nacional escocés de derivación del proceso judicial que se puso en marcha en 2000-2001 es aplicable a los autores de delitos de cualquier edad. El enfoque está concebido para evitar que una persona que haya cometido un delito relativamente menor y no represente un riesgo de daño significativo para el público sea enviada al sistema judicial penal. En Escocia, los fiscales son los responsables de identificar quiénes son los acusados –que les son remitidos por la policía– que reúnen las condiciones para ser derivados hacia intervenciones de trabajo social.

Una persona joven que se acoge al sistema de derivación participará en sesiones individuales y/o grupales, que abarcan varios temas, como conductas delictivas, consumo de alcohol y estupefacientes, habilidades sociales, educación, empleo y formación, y resolución de problemas. Este mecanismo de derivación ha mostrado unos resultados especialmente positivos con respecto a la reincidencia. El Programa juvenil de derivación del proceso judicial en la región de Dumfries y Galloway, por ejemplo, ha dado resultados muy alentadores; entre mayo y agosto de 2010, 80 jóvenes fueron derivados hacia un programa de trabajo social de seis semanas, y sólo cinco de ellos reincidieron en un delito.

- **Derivación al pronunciarse sentencia** – la derivación en el momento de pronunciarse la sentencia se basa en los jueces como principales responsables de la toma de decisiones. Hay dos tipos de derivación al pronunciarse la sentencia: derivación a través de un tribunal ordinario o derivación a través de un tribunal especializado en drogas. Algunos países, como el Reino Unido, procesan a los autores de delitos de drogas a través de ambos (véase el [cuadro 8](#)).

Cuadro 8. Derivación al pronunciarse sentencia en el Reino Unido

El Reino Unido ha establecido tribunales tanto generales como especializados para procesar los delitos relacionados con drogas. A partir de mediados de los años noventa, se desarrolló una gran campaña para derivar a los autores de delitos dependientes de drogas hacia el tratamiento y evitar que fueran a prisión.

Cada tribunal del país cuenta con los recursos y los procedimientos necesarios para valorar si el delito cometido está relacionado con la dependencia de sustancias y si su autor se beneficiaría con un tratamiento (el Reino Unido rara vez encarcela a las personas por posesión de drogas, por lo que la mayoría de estas personas están acusadas de delitos afines, como tráfico de drogas, robo, estafa o trabajo sexual). Si el tribunal determina que lo apropiado es una pena no privativa de la libertad y está disponible una plaza de tratamiento, puede sentenciar a la persona a seguir un

período de tratamiento en lugar de encarcelamiento. Los funcionarios encargados de la libertad condicional son los que proporcionan al tribunal consejo sobre las opciones de tratamiento adecuadas.

En 2004, el Reino Unido experimentó un nuevo mecanismo y estableció seis tribunales piloto especializados en drogas para procesar específicamente a los autores de delitos dependientes de sustancias. Estos tribunales tienen las mismas competencias básicas que los tribunales ordinarios, es decir, evaluar las necesidades de tratamiento de drogas y las alternativas al encarcelamiento. Sin embargo, cuentan también con personal y magistrados especialistas, que se centran específicamente en el problema de drogas del autor del delito, y examinan con mayor atención sus avances en el tratamiento. Los tribunales especializados, por ejemplo, exigen que se presenten periódicamente informes sobre el progreso del tratamiento, y el autor del delito también discute esta cuestión regularmente con el magistrado encargado del caso. Este proceso de intercambio periódico de información ayuda a desarrollar una relación más estrecha entre el autor del delito y el juez que dicta la sentencia, lo cual puede mejorar las perspectivas de buenos resultados en el tratamiento. Según una evaluación de los tribunales especializados en drogas, éstos son de utilidad para ayudar a reducir el consumo de drogas y los delitos relacionados con éstas. Sin embargo, la evaluación también llegó a la conclusión de que la eficacia de estos tribunales dependía asimismo del acceso a un tratamiento apropiado.²¹

Recomendaciones

- 1) Se necesita un cambio de enfoque para empezar a tratar el consumo de drogas como un problema de salud y no como un delito penal. El tratamiento constituye una respuesta normativa más eficaz para las personas que dependen de las drogas y no están implicadas en delitos graves ni violentos. El encarcelamiento se debería reservar como una opción para responder ante los autores de delitos graves.
- 2) Las leyes y las normativas que prescriben penas por delitos de drogas se deben revisar con el objetivo de establecer una distinción clara entre la gravedad del delito, los distintos actores y su impacto en el mercado ilícito de las drogas.
 - el empleo del encarcelamiento como castigo se debería reservar para los autores de delitos de drogas de alto nivel y/o violentos
 - los gobiernos deberían estudiar la posibilidad de adoptar la despenalización o la descriminalización como respuestas alternativas para las personas que consumen drogas y los pequeños traficantes callejeros que no son peligrosos.
- 3) Se deben desarrollar mecanismos de derivación en el momento del arresto y de pronunciarse sentencia para contribuir a garantizar que los casos de autores de delitos menores de drogas no sobrecarguen y entorpezcan los sistemas de justicia penal, y que las personas que dependen de las drogas puedan acceder a los servicios adecuados, como tratamientos comprobados empíricamente para la dependencia de drogas.
- 4) Todos los procedimientos penales que incrementen la presión sobre las capacidades de los centros penitenciarios, tales como las condenas mínimas obligatorias y los mecanismos de detención preventiva, se deberían reservar para los autores de delitos penales más graves.

Recursos clave

Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The incarceration of drug offenders, an overview*. (Oxford: The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Report_16_2_FINAL_EN.pdf

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006), *Legislating on health and human rights: model law on drug use and HIV/AIDS. Module 1: Criminal law issues* (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network), <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1052>

Crossen-White, H. & Galvin, K. (2002), 'A follow-up study of drug misusers who received an intervention from a local arrest referral scheme', *Health Policy* **61**(2): 153–171, <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/heap/article/PIIS016885100200009X/abstract>

Edmunds, M., May, T., Hearnden, I. & Hough, M. (1998), *Arrest referral – emerging lessons from research*. (London: Crown Copyright), report prepared for the Home Office, <http://www.nationalarchives.gov.uk/ERORecords/HO/421/2/dpas/cdpur23.pdf>

Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons', *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2007), *Manual de principios básicos y prácticas prometedoras en la aplicación de medidas sustitutivas del encarcelamiento* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Handbook_of_basic_principles_and_promising_practices_on_Alternatives_to_Imprisonment_Spanish.pdf

Notas

- 1 US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (diciembre de 2011), *Prisoners in 2010* (Washington: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics), <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/p10.pdf>
- 2 Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R., (2009), *Beckley Report 16 – the incarceration of drug offenders, an overview* (Oxford: The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Report_16_2_FINAL_EN.pdf
- 3 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2007), *Manual de principios básicos y prácticas prometedoras en la aplicación de Medidas sustitutivas del encarcelamiento* (Nueva York: ONU), http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Handbook_of_basic_principles_and_promising_practices_on_Alternatives_to_Imprisonment_Spanish.pdf
- 4 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>
- 5 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012) TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 18, *The UN drug control conventions: The limits of latitude*, <http://idpc.net/publications/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>
- 6 Miron, J. (diciembre de 2008), *The budgetary implications of drug prohibition*, http://petermoskos.com/readings/miron_2008.pdf
- 7 Degenhardt, L., Chiu, W.T., Sampson, N., Anthony, J.C., Angermeyer, M., et al (2011), 'Towards a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys', *PLoS Medicine*, **5**(7): e141. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050141;jsessionid=BC64618F2CF7D2D6597EB7C1E05B7A81>
- 8 Reinarman, C., Cohen, P.D., & Kaal, H.L. (2004). 'The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and San Francisco'. *American Journal of Public Health* **94**(5): 836–842, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117709>

- 9 *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2004) Informe anual 2004: El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega* (Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2004>
- 10 Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., & Bienzle, U. (2006). 'A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin', *Germany Epidemiology and Infection*, **134**(4): 814–819, <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract;jsessionid=16924D20C547071C9D74A6CDC1FC504A.tomcat1?fromPage=online&aid=449884>
- 11 National Center on Addiction and Substance Abuse (2003), *Crossing the bridge: an evaluation of the drug treatment alternative-to-prison (DTAP) Program*. ACASA White Paper. (New York: National Center on Addiction and Substance Abuse, Colombia University), <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED473560.pdf>
- 12 Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons'. *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66.
- 13 Véanse los artículos 36b y 38 de la Convención de 1961 (http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf) y el artículo **14**(4) de la Convención de 1988 (http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf), que exige a las partes que adopten "medidas adecuadas tendientes a eliminar o reducir la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con miras a reducir el sufrimiento humano y acabar con los incentivos financieros del tráfico ilícito".
- 14 http://www2.ohchr.org/spanish/law/reglas_tokio.htm
- 15 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2007), *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2007* (Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes).
- 16 Véase, por ejemplo: Hughes, C.E. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *British Journal of Criminology*, **50**: 999–1022, <http://bjc.oxfordjournals.org/content/50/6/999.abstract>
- 17 Australia Bureau of Statistics (2010), *Prisoners in Australia* (Melbourne: Australian Bureau of Statistics), [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/F3916FB1F45FAF12CA2577F3000F11F0/\\$File/45170_2010.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/F3916FB1F45FAF12CA2577F3000F11F0/$File/45170_2010.pdf)
- 18 Artur Domostawski (2011), *Drug policy in Portugal – the benefits of decriminalising drug use* (Warsaw: Open Society Foundations) <http://idpc.net/sites/default/files/library/drug-policy-in-portugal-benefits-of-decriminalising.pdf>; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2011), *Drug policy profiles – Portugal* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), <http://idpc.net/sites/default/files/library/EMCDDA-drug-policy-profile-Portugal.pdf>; Hughes, C. & Stevens, A., Beckley Briefing Paper 2012 – The effects of decriminalization of drug use in Portugal (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://idpc.net/sites/default/files/library/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf.pdf
- 19 Aebi, M.F. & Delgrande, M. (2009), *Council of Europe annual penal statistics, Space I*, Survey 2007. (Strasbourg: Council of Europe).
- 20 The Development Centre for Scotland, Social Work in Youth and Criminal Justice, Diversion, <http://www.cjsw.ac.uk/content/diversion>
- 21 UK Ministry of Justice (2011), *The Dedicated Drug Courts Pilot Evaluation Process Study*, Ministry of Justice Research Series, enero de 2011 (London: Crown Copyright), <http://www.justice.gov.uk/publications/docs/ddc-process-evaluation-study.pdf>

2.4 Intervenciones eficaces en materia de drogas en las cárceles

En este apartado

- Riesgos sanitarios en prisión
- Responsabilidades sobre la salud de los presos: obligaciones internacionales
- Gestión de los riesgos sanitarios en prisión
- Prestación de tratamiento para la dependencia de drogas en prisión
- Responsabilidad sobre la atención de la salud en prisión

Los responsables de la formulación de políticas y las autoridades penitenciarias deben contar con un plan claro para conseguir que las prisiones protejan con la mayor eficacia posible la salud y los derechos humanos de los internos; entre otras cosas, mediante la prestación de tratamientos comprobados empíricamente para la dependencia de drogas y servicios de reducción de daños para aquellas personas que los necesitan.

¿Por qué son importantes las intervenciones eficaces en las prisiones?

En otros apartados de esta Guía se arguye que se deberían adoptar reformas jurídicas para minimizar el número de autores de delitos de drogas no violentos que se envía a centros penitenciarios u otro tipo de entornos privativos de la libertad. En muchos países, sin embargo, los autores de delitos de drogas, y especialmente las personas que consumen sustancias, representan un porcentaje considerable de la población penitenciaria. Además, las medidas para impedir que las drogas controladas entren en las prisiones han fracasado de forma sistemática y éstas siguen circulando entre los internos, con todos los riesgos asociados que eso conlleva en entornos superpoblados e infradotados. Esto significa que se necesitan políticas de drogas eficaces dentro de los entornos penitenciarios.

Existen también otros motivos por los que una política eficaz en las prisiones es algo fundamental para los responsables de la formulación de políticas.

Las autoridades penitenciarias deben seguir estrategias que minimicen los problemas sanitarios y sociales asociados con los mercados y el consumo de drogas en las prisiones.

- **Salud pública** – Las prisiones constituyen un sistema extremadamente caro para incubar problemas sanitarios, ya que, por su propia naturaleza, estas instituciones son lugares donde es difícil mantener la salud. Este hecho es especialmente manifiesto en el caso del consumo de drogas controladas, puesto que prácticas como el uso compartido de material de inyección pueden contagiar virus de transmisión sanguínea. Aunque la vida en las prisiones está apartada de la mirada pública, las prisiones no están, en realidad, apartadas de la sociedad y representan una pieza importante del ámbito interrelacionado de la salud pública. Por lo tanto, son también

responsabilidad de los gobiernos. Los problemas sanitarios, las infecciones y las enfermedades no se aíslan del resto de la comunidad, sino que traspasan los muros de la prisión con la entrada y la salida de las personas del entorno institucional.

- **Economía** – Responder a la delincuencia relacionada con las drogas y a las infecciones de transmisión sanguínea, tanto dentro como fuera del entorno penitenciario (entre los antiguos internos, sus familias, etc.), puede ser muy costoso, especialmente en el caso de enfermedades como el VIH, que son afecciones crónicas y duraderas. Esto significa que existe un poderoso argumento económico para apostar por medidas que puedan evitar con eficacia estos problemas sanitarios en las prisiones.
- **Obligaciones en materia de derechos humanos** – El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental está consagrado en los objetivos de la ONU y de varios tratados internacionales (especialmente el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). También forma parte de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Estos textos no mencionan específicamente a las personas presas, aunque muchos países son signatarios de otros tratados que sí amplían de manera explícita este derecho a este sector de la población. Los tratados internacionales que aplican a los presos derechos humanos vinculados con la salud se examinan más adelante.

Las autoridades penitenciarias deben observar sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos y seguir estrategias que minimicen los problemas sanitarios y sociales asociados con los mercados y el consumo de drogas en las prisiones.¹ La aplicación de políticas basadas en la salud en las prisiones no sólo conducirá a mejoras en la salud de la población que usa drogas, sino también del conjunto de la población. Además, estas mejoras no sólo tendrán un impacto positivo sobre la salud, sino también sobre las finanzas públicas.

Riesgos sanitarios en prisión

Personas que consumen drogas que están detenidas en prisiones y en otros entornos de custodia

La mejor estimación de la actual población penitenciaria en todo el mundo es de 10,1 millones de personas, una cifra que llegaría hasta los 10,75 millones si en ella se incluye a las 650.000 personas reclusas en los 'centros de detención' de China.²

Debido a las dificultades para obtener datos, y a los problemas de comparabilidad cuando se dispone de ellos, no es posible ofrecer una cifra global precisa de qué porcentaje de esos reclusos consume drogas. Sin embargo, se puede dar alguna idea orientativa del tamaño de dicha población: en la Unión Europea (UE), en torno al 50 por ciento de los reclusos tiene un historial de consumo de drogas; en el

caso de los Estados Unidos, esta cifra supera el 80 por ciento. La inmensa mayoría son personas que se inyectan drogas. Muchas veces, éstas representan incluso a la mitad de los internos, mientras que constituyen sólo un 1-3 por ciento de la comunidad general.³

El número de personas en prisión, así como el número de personas que consumen drogas entre ellas, ha estado aumentando rápidamente en las últimas décadas.

El número de personas en prisión, así como el número de personas que consumen drogas entre ellas, ha estado aumentando rápidamente en las últimas décadas. En muchos países, esta realidad ha sido fruto del arresto y el encarcelamiento

generalizados de personas por delitos menores de drogas –posesión, consumo o tráfico a pequeña escala–, mientras que, en otros, los principales factores han sido delitos relacionados, como el hurto, el robo y la estafa cometidos para conseguir dinero con el que financiar la adquisición de drogas. Las drogas han consolidado su lugar en la vida de las prisiones y, a menudo, son “el principal medio y moneda en las subculturas penitenciarias”.⁴

La presencia de un porcentaje tan elevado de personas que consume drogas –y de los riesgos relacionados con ese consumo– en un entorno donde el mantenimiento de la salud ya es de por sí difícil plantea un desafío importante a los responsables de políticas, pero éste se puede afrontar aplicando la base cada vez mayor de pruebas empíricas que se presentan en este apartado.

La prevalencia de enfermedades entre los presos

Debido a sus estilos de vida antes de entrar en prisión, a determinadas actividades de riesgo que surgen durante la detención y a los precarios servicios sanitarios en las prisiones, los reclusos que consumen drogas presentan un alto nivel de problemas generales de salud, especialmente de infecciones como el VIH, la hepatitis B y C, y la tuberculosis. Los virus del VIH y la hepatitis C, en concreto, se pueden propagar a un ritmo extraordinario en los entornos penitenciarios, a no ser que se adopten medidas apropiadas para la reducción de daños.

El VIH representa una grave amenaza sanitaria para los más de 10 millones de personas de todo el mundo que se encuentran recluidas en prisiones. En la mayoría de los países, los niveles de contagio de VIH entre las poblaciones carcelarias son mucho mayores que en el resto de la sociedad. Sin embargo, la prevalencia de contagio del VIH varía notablemente según los centros penitenciarios y los países. En algunos casos, la prevalencia de contagio del VIH en las prisiones es hasta 100 veces mayor que en el resto de la comunidad.⁵ En cuanto al contagio de VIH asociado al consumo de drogas inyectadas –la principal fuente de preocupación en muchos países–, las pruebas demuestran que los índices de inyección son menores entre los reclusos que entre la comunidad usuaria de drogas fuera de las prisiones. No obstante, los índices de uso compartido de agujas, así como los riesgos asociados a éste, han alcanzado niveles preocupantes: la mayoría de los países notifica índices de uso compartido de entre el 60 y el 90 por ciento en las prisiones.⁶

Los reclusos que consumen drogas presentan un alto nivel de problemas generales de salud, especialmente de infecciones como el VIH, la hepatitis B y C, y la tuberculosis.

Los niveles del virus de la hepatitis C también son altos entre la población reclusa. Según cálculos de la OMS, en torno al 3 por ciento de la población mundial se ha contagiado de hepatitis C, mientras que la prevalencia de contagio en las cárceles oscila, según se informa, entre el 4,8 por ciento en una prisión india y el 92 por ciento en una del norte de España.⁷

La prevalencia de tuberculosis también suele ser mucho más alta en las cárceles que entre la población general. Según un estudio realizado en Tailandia, la prevalencia de tuberculosis entre los reclusos de las prisiones era ocho veces más alta que en la población general.⁸ Otro estudio demostraba que la prevalencia de tuberculosis en una cárcel de Victoria (Australia) había alcanzado el 10 por ciento,⁹ mientras que otra investigación efectuada en una cárcel de Bahía (Brasil) presentaba una prevalencia de tuberculosis latente del 61,5 por ciento, con una prevalencia de tuberculosis activa del 2,5 por ciento.¹⁰

Conductas de riesgo

Excepto quizá en aquellos países con altos niveles de VIH de transmisión heterosexual, el principal riesgo de que las infecciones de VIH se propaguen en el entorno penitenciario emana del uso compartido de material de inyección. En las prisiones, es muy probable que un gran número de personas comparta agujas y jeringuillas debido a la falta de material esterilizado mediante servicios de reducción de daños como los PIAJ y al temor de que se detecte el consumo de drogas. Algunos consumidores recurren al uso compartido de agujas por primera vez mientras están en prisión, mientras que otros comienzan a inyectarse drogas en ella. Este comportamiento de riesgo es, al menos en parte, producto del propio contexto penitenciario; las drogas se usan muchas veces como vía para escapar del sufrimiento, la brutalidad, la falta de intimidad, la ansiedad y la inseguridad crónicas que suelen caracterizar la vida en estas instituciones. Los factores asociados con el entorno penitenciario se combinan con la historia vital y las prácticas subculturales de las personas que se inyectan drogas para generar un entorno altamente propicio al riesgo sanitario.¹¹

Las violaciones y la violencia sexual son también vectores para la transmisión de infecciones. Los presos que se encuentran en el último escalafón de la jerarquía informal de las prisiones son los más propensos a ser víctima de este tipo de agresiones. En los países donde las personas que consumen drogas están especialmente estigmatizadas, pueden ser particularmente vulnerables a estos tipos de riesgos.

Los reclusos que consumen drogas son además muy vulnerables a las sobredosis accidentales, sobre todo en el período inmediatamente posterior a la salida de prisión. De hecho, como las personas que dependen de las drogas reducen su consumo mientras están en la cárcel, pierden cierta tolerancia a ellas. Esto significa que su organismo ya no puede asimilar las dosis que tomaban antes de entrar en prisión y, si retoman dosis parecidas una vez en libertad, se enfrentan a un alto riesgo de sobredosis y muerte. Según un estudio realizado en 1997 en una cárcel francesa, los índices de muerte por sobredosis eran 124 veces superiores entre los ex reclusos de 15 a 24 años y 274 veces superiores entre los ex reclusos de 35 a 54 años que entre la población general que consume drogas.¹² Los reclusos corren también el riesgo de fallecer en prisión, ya sea por suicidio, pérdida de tolerancia o drogas adulteradas. Otro estudio sobre las prisiones estatales de Washington reveló que la probabilidad de que los ex reclusos murieran por sobredosis de drogas durante las dos primeras semanas tras la salida de prisión era 129 veces más alta que entre sus iguales en la población general.¹³

Responsabilidades sobre la salud de los presos: obligaciones internacionales

El concepto del **derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental** procede de la Constitución de la OMS. En los últimos años, la OMS se ha situado a la vanguardia de varias iniciativas para establecer como una realidad práctica el derecho a la salud de las personas presas, que representan un grupo de población especialmente marginado.¹⁴

El derecho a la salud también está consagrado en la Carta de la ONU, la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A partir de este derecho universal, la comunidad internacional ha ido estableciendo paulatinamente el **principio de equivalencia**, que determina que el derecho a la salud es aplicable a los presos del mismo modo que a las personas que viven fuera de las cárceles; en resumidas cuentas, a todos los seres humanos.

La primera referencia explícita a la población penitenciaria en un acuerdo internacional se encuentra en las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de 1977, en las que se estipulan una serie de normas básicas que contemplan, entre otras cosas, la salud. La resolución, aprobada por la Asamblea

General de la ONU, establece un principio de equivalencia general, al señalar que la aplicación de estas reglas mínimas no debe “hacer diferencias de trato fundadas en prejuicios, principalmente de raza, color, sexo (...) u otra situación cualquiera”.¹⁵

El párrafo 9 de los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos de la ONU de 1990 explicita este principio de equivalencia: “Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica”.¹⁶ Esta resolución también fue adoptada por la Asamblea General.

El principio de equivalencia determina que el derecho a la salud es aplicable a los presos del mismo modo que a las personas que viven fuera de las cárceles.

La UE adoptó otro conjunto de normas en 2006, conocido como Reglas Penitenciarias Europeas, que reiteran el principio de equivalencia y añaden que “los detenidos tendrán derecho a acceder a los servicios médicos, quirúrgicos y psiquiátricos que puedan necesitar, incluidos los disponibles en el medio libre”.¹⁷

En diciembre de 2010, la Asamblea General de la ONU adoptó las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas, también conocidas como las Reglas de Bangkok.¹⁸ Estas normas admiten que instrumentos anteriores, como las Reglas mínimas, no hacían suficiente hincapié en las necesidades especiales de las mujeres reclusas. Las prisiones se diseñaron principalmente en torno a las necesidades de los reclusos varones, y las Reglas de Bangkok proporcionan salvaguardias adicionales para las mujeres detenidas.

Éstas y otras directrices no representan disposiciones jurídicas propiamente dichas; son recomendaciones no vinculantes y carecen de mecanismos que garanticen su aplicación. Sin embargo, su fuerza estriba en el hecho de que han sido acordadas por los Estados signatarios y miembros de la ONU, y representan principios éticos con los que se han comprometido públicamente esos países.

Estas directrices establecen el principio de que las personas recluidas tienen derecho a servicios de atención de salud que sean equivalentes a los disponibles fuera de prisión; esta disposición es aplicable a los reclusos que consumen o han consumido drogas. Una vez más, la OMS ha demostrado su liderazgo al impulsar la agenda para la prestación de servicios sanitarios efectivos a las personas reclusas que consumen drogas. Al asesorar a los encargados de la formulación de políticas sobre el suministro de medicamentos analgésicos esenciales, la OMS ha tratado también el asunto de la prestación de tratamiento para la dependencia de drogas en los entornos penitenciarios. La OMS sostiene de forma inequívoca que “las prisiones deberían contar con programas de tratamiento activos para la dependencia de los opioides”.¹⁹ Estas directrices de la OMS en materia de sustancias controladas han sido respaldadas por la JIFE.

La JIFE también señaló en su Informe anual de 2007 que “los gobiernos tienen la obligación de (...) prestar servicios adecuados a los autores de delitos de drogas (ya sea en los servicios de tratamiento o en la cárcel”.²⁰

Así pues, estas normas de buenas prácticas relacionadas con el tratamiento de las personas reclusas que consumen drogas están sólidamente consagradas en acuerdos internacionales suscritos por la mayoría de los Estados.

Gestión de los riesgos sanitarios en prisión

Aunque hay numerosos estudios de investigación que han analizado las políticas e intervenciones relacionadas con el consumo de drogas en general, son relativamente pocos los que se han centrado en los tratamientos de la dependencia de drogas y los servicios de reducción de daños en los centros penitenciarios. En muchos países, las prisiones cuentan con recursos limitados y, a menudo, se prioriza la seguridad por encima de las necesidades sanitarias de las personas dependientes de drogas.

Las autoridades penitenciarias han procurado, por lo general, abordar el poder de los traficantes de drogas y limitar la oferta de sustancias controladas recurriendo a duras medidas de seguridad o a programas de detección de drogas. Estas intervenciones no han alcanzado el objetivo que perseguían de una prisión sin drogas y, en ocasiones, han derivado incluso en consecuencias negativas. Los análisis para la detección de drogas en las cárceles, por ejemplo, pueden animar a las personas que las consumen a pasarse a drogas para las que no se realizan análisis o que son más difíciles de detectar y, quizá, más nocivas (así, puede que los reclusos pasen del consumo de cannabis al de heroína, ya que el primero es detectable en el organismo durante un mayor período de tiempo). Varios estudios revelan también que los programas de detección de drogas no resultan en absoluto rentables desde el punto de vista de la relación entre coste y eficacia.²¹ La propia ONUDD ha manifestado que estos programas se deberían evitar en las prisiones.²²

Las autoridades penitenciarias tienen a su alcance varias opciones, cuyo uso combinado es promovido como práctica óptima por la OMS, la ONUDD y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

- **Educación e información** – Muchos reclusos no son conscientes de los riesgos sanitarios que asumen. En las prisiones, se debería realizar una buena difusión informativa de estos riesgos y de los pasos que pueden seguir para protegerse a ellos mismos y a otras personas. Algunas administraciones penitenciarias también proyectan vídeos educativos o dan charlas para transmitir este mismo mensaje, lo cual ayuda a mejorar los niveles de sensibilización. Las campañas de educación e información, acompañadas de la prestación de servicios adecuados para la atención de salud y la reducción de daños, pueden promover con eficacia conductas más seguras.
- **Programas de vacunación** – Hay vacunas eficaces para proteger a las personas contra la hepatitis A y B, y un período en prisión representa una oportunidad para animar a los reclusos a vacunarse (muchos de ellos no utilizan servicios sanitarios de prevención en la comunidad). La vacuna consiste en dos inyecciones con seis meses de diferencia. Muchas administraciones penitenciarias han desplegado programas de vacunación contra la hepatitis A y B destinados a reclusos consumidores de drogas y han notificado un alto nivel de compromiso y cumplimiento.
- **Acceso a medidas para un sexo más seguro** – Muchas administraciones penitenciarias han autorizado el reparto de preservativos entre los reclusos, ofreciéndoles acceso a la misma protección disponible fuera de la cárcel. Los temores iniciales a que la oferta de preservativos llevaría a que se usaran para el contrabando de drogas han demostrado ser infundados. También se han puesto en marcha otras medidas, como la oferta de programas de información, educación y comunicación dirigidos a reclusos y personal penitenciario sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), que consisten en asesorías y análisis voluntarios para los reclusos o medidas para evitar violaciones, violencia sexual y coacciones en prisión.

Para abordar los riesgos sanitarios en las prisiones se pueden combinar varias opciones, como:

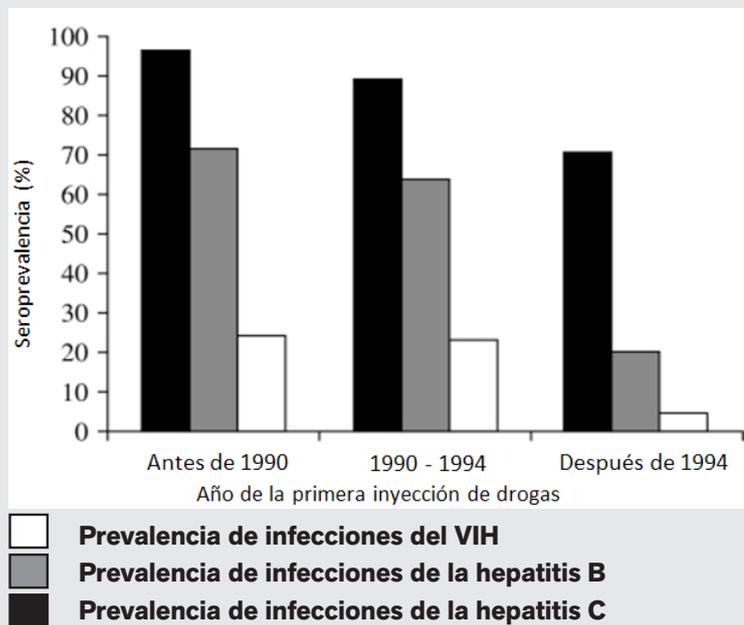
- Educación e información
- Programas de vacunación
- Acceso a medidas para un sexo más seguro
- PIAJ
- Prevención de las sobredosis

- Programas de agujas y jeringuillas** – Los programas que entrañan la distribución de material de inyección esterilizado entre las personas que consumen drogas inyectadas han demostrado su eficacia para prevenir los contagios de VIH. Sin embargo, ha habido una gran reticencia a la hora de introducir estos programas de salud pública en las prisiones. Los argumentos contra los PIAJ en prisiones implican, entre otras cosas, el temor de que los reclusos utilicen las agujas como armas contra el personal u otros presos, de que las agujas desechadas conlleven un riesgo de infección, y de que la oferta de agujas y jeringuillas esterilizadas incremente la prevalencia del consumo de drogas inyectadas en las cárceles. En 2009, 10 países habían introducido PIAJ en prisiones. Los resultados han sido muy positivos a la hora de reducir el uso compartido de material de inyección y ninguno de los temores mencionados se ha materializado en la práctica (véase el [cuadro 1](#)).²³

Cuadro 1. Programas de agujas y jeringuillas en prisiones alemanas²⁴

En 1998, se puso en marcha un PIAJ en dos cárceles de Berlín, Alemania. En estos dos centros penitenciarios se realizó un estudio para investigar la viabilidad y seguridad del programa, y para evaluar sus efectos sobre los patrones de consumo de drogas y los riesgos sanitarios. El estudio llegó a la conclusión de que, tras la adopción del programa de intercambio de agujas, los índices de uso compartido de equipos de inyección entre los reclusos habían bajado del 71 por ciento hasta prácticamente cero. El estudio también determinó que el programa había tenido efectos positivos en la reducción de los contagios de VIH y hepatitis B (véase el [gráfico 1](#)). Los contagios de hepatitis C también disminuyeron, pero, según el estudio, para que los PIAJ redujeran con eficacia este tipo de infecciones, se deberían combinar con programas adicionales.

Gráfico 1. Prevalencia de infecciones del VIH, la hepatitis B y la hepatitis C entre la población penitenciaria que se inyecta drogas, según el año de la primera inyección



La Recomendación de Madrid, formulada en octubre de 2009 en una conferencia internacional de destacados expertos en salud penitenciaria y en la que participaron representantes del Ministerio de Sanidad de España, la OMS y la ONUDD, alude a “la arrolladora realidad de que las medidas de protección de salud, incluyendo las medidas de reducción de daños, son eficaces en prisión”.²⁵

- **Prevención de las sobredosis de drogas** – Los programas de prevención, identificación y manejo de las sobredosis deberían cubrir aspectos como la formación y la sensibilización, y medidas prácticas como la enseñanza para realizar reanimaciones cardiopulmonares y la distribución de naloxona (un fármaco que bloquea temporalmente los efectos de los opiáceos). El seguimiento de un tratamiento de sustitución de opioides (TSO) durante el período de detención, encarcelamiento y posterior salida de prisión también es eficaz para prevenir las sobredosis.

Prestación de tratamiento para la dependencia de drogas en prisión

Las prisiones, que albergan bajo custodia a un gran número de personas dependientes de drogas, pueden ser un entorno útil para proporcionar tratamiento y romper el círculo de dependencia de sustancias y delincuencia. Para ello, es necesario que en los entornos penitenciarios se ofrezcan programas de tratamiento y rehabilitación fundamentados en pruebas empíricas.

Hay pruebas de que se puede desplegar con buenos resultados toda una serie de intervenciones de tratamientos para la dependencia de las drogas en entornos penitenciarios. El TSO –con metadona, concretamente– es una opción viable en todo un abanico de entornos penitenciarios para las personas que dependen de los opioides. Los programas de TSO en prisiones parecen ser eficaces para reducir la frecuencia del consumo de drogas inyectadas y el consiguiente uso compartido de material de inyección, siempre que se ofrezcan las dosis y el tratamiento suficientes durante un período de tiempo prolongado (véase el [cuadro 2](#)). Es también probable que disminuya entre los reclusos el riesgo de contagio del VIH y otros virus de transmisión sanguínea. El TSO proporciona otros beneficios para los presos que lo siguen, así como para el sistema penitenciario y la comunidad. Las pruebas demuestran que las probabilidades de volver a la cárcel son menores entre los reclusos que reciben un TSO adecuado.²⁶ Por otro lado, el TSO tiene un efecto positivo sobre el comportamiento institucional, al reducir las conductas en pos de drogas, mejorando así la seguridad carcelaria. Los retos a los que se han enfrentado las administraciones penitenciarias para tratar con algunos reclusos dependientes de drogas (p. ej., seguridad o comportamientos violentos) también han mejorado con los programas de TSO.²⁷

Varios estudios reconocen también que otras formas de tratamiento, como la terapia psicosocial, son eficaces para limitar la dependencia de las drogas en las cárceles.²⁸ Los programas terapéuticos estructurados, siguiendo modelos cognitivo-conductuales, de comunidad terapéutica o el método de 12 fases, han demostrado que pueden alejar a una parte de los reclusos de la dependencia de drogas, con la consiguiente reducción de los problemas de salud y delincuencia.

En las prisiones se deberían ofrecer programas de tratamiento de las drogas fundamentados en pruebas empíricas.

El tratamiento efectivo para la dependencia de drogas en las prisiones debería, por tanto, incorporar toda una serie de opciones para los reclusos con dicha dependencia. Un tratamiento eficaz maximiza las oportunidades de rehabilitación y evita la vuelta a la dependencia y la delincuencia tras la salida de prisión.²⁹ Los principios en que se sustentan los tratamientos en entornos carcelarios son parecidos a los del tratamiento para la dependencia de drogas en la comunidad:

- Es necesario establecer mecanismos eficientes para identificar a aquellas personas que necesitan oportunidades de tratamiento. Si los programas de tratamiento proporcionados son voluntarios, humanos y de buena calidad, es probable que los reclusos participen en ellos. Los procedimientos de detección a la llegada a los centros penitenciarios y la oferta de servicios especializados de asesoramiento, orientación y derivación pueden ayudar a identificar a los reclusos y animarlos a aceptar un tratamiento.

- Varios modelos de tratamiento en las cárceles son eficaces para mejorar indicadores de salud y delincuencia en muchos países.³⁰ Las autoridades penitenciarias deberían procurar ofrecer en sus centros una gama de programas de desintoxicación, TSO y orientación psicosocial. Estos programas deberían organizarse de modo que los reclusos puedan ir haciendo uso de los distintos servicios durante su período en prisión, según sus propias necesidades y cuando así elijan hacerlo.
- Es necesario prestar una cuidadosa atención al proceso de postratamiento, así como a la continuidad del tratamiento tras la puesta en libertad. Varios estudios sugieren que se necesita postratamiento para optimizar los efectos del tratamiento de la dependencia de drogas en prisión para limitar las probabilidades de reincidencia.³¹ Esto significa que se necesitan mecanismos específicos para vincular el tratamiento en prisión con el tratamiento en la comunidad.

Los índices de cumplimiento y éxito de los tratamientos de dependencia de las drogas en las prisiones, cuando éstos se conciben y se organizan detenidamente, se pueden mejorar vinculando los avances en el tratamiento con incentivos para los reclusos, como la posible libertad anticipada.

Cuadro 2. Tratamiento de sustitución de opioides en prisiones indonesias

Indonesia sufre una epidemia de VIH que crece rápidamente debido, en gran medida, al uso compartido de material de inyección entre los consumidores de drogas por vía parenteral. La dura respuesta del Estado al consumo de sustancias se tradujo en el encarcelamiento de un gran número de personas que se inyectan drogas, con el resultado de que las prisiones se convirtieron en un factor importante para el recrudecimiento de la epidemia. La Red Indonesia de Personas que Usan Drogas (INPWUD), y en 2008 también ONUSIDA, instaron al país a empezar a tratar a las personas que consumen drogas como pacientes y no como delincuentes.³² Ante estos llamamientos, el gobierno indonesio ha puesto en marcha respuestas positivas.

La cárcel de Kerobokan, en la provincia de Bali, empezó a suministrar TSO con metadona en agosto de 2005. Fue la primera prisión indonesia en adoptar tal medida y, en 2009, el programa había tratado a 322 pacientes.

La institución combina el TSO con otras medidas para la reducción de daños, como el intercambio de agujas y jeringuillas, la distribución de lejía para esterilizar el material de inyección y el reparto de preservativos. Es probable que estas medidas hayan llevado al programa de Kerobokan a presentar resultados mucho mejores que, por ejemplo, el desplegado en la prisión de Banceuy, en Bandung, donde la reducción de daños está menos integrada en el programa penitenciario y sólo se registró a nueve pacientes para TSO entre 2007 y 2009.³³

Responsabilidad sobre la atención de la salud en prisión

Hay una demanda creciente para que las competencias sobre la salud en las prisiones se traspasen de los ministerios encargados de la justicia hacia aquellos responsables de la salud. Varios países y estados, incluyendo a Noruega, Francia, Inglaterra y Gales en el Reino Unido, y Nueva Gales del Sur en Australia, ya han dado este paso, con resultados generalmente positivos.³⁴

La responsabilidad de la salud en las prisiones se debería traspasar de los ministerios encargados de la justicia hacia los encargados de la salud.

Los motivos para este cambio giran en torno a cuestiones como, por ejemplo, si el personal de atención de la salud contratado por la prisión es lo bastante independiente, cuenta con la confianza de los internos y está al corriente

de las novedades clínicas y profesionales en el resto de la sociedad; una mezcla de cuestiones éticas y logísticas. Además, las prisiones carecen de la supervisión y evaluación efectivas del sistema general de salud pública; esta labor está desempeñada, en su lugar, por ministerios de justicia o penitenciarios con escasos conocimientos sobre la atención de la salud. Todo esto tiende a separar la salud en las prisiones de la del resto de la sociedad.³⁵

Una salud pública efectiva exige precisamente el tipo de integración que suele estar ausente en estos arreglos, y los gobiernos deberían, por tanto, estudiar las posibles ventajas de situar la salud de las prisiones bajo los auspicios de sus ministerios de salud.

Recomendaciones

- 1) Es necesario comprender el nivel y la naturaleza del consumo y la dependencia de drogas entre la población reclusa para elaborar las políticas adecuadas.
- 2) En los entornos de custodia se debería desarrollar una gama de servicios de tratamiento y reducción de daños; si están cuidadosamente diseñados y cuentan con los recursos adecuados, estos servicios pueden tener un impacto muy positivo sobre la reducción de los daños en materia de salud y delincuencia asociados con los autores de delitos que consumen drogas.
- 3) Se necesitan PIAJ en las prisiones para evitar los riesgos relacionados con el uso compartido de equipos de inyección. La introducción de los PIAJ se debería preparar con cuidado y éstos deberían cubrir, entre otras cosas, la formación y capacitación del personal penitenciario. El sistema de distribución de las agujas y jeringuillas (por ejemplo, a mano o mediante una máquina dispensadora) se debería elegir según el entorno de la prisión y las necesidades de su población.
- 4) También se deberían proporcionar otros programas de reducción de daños –como programas de información y educación o distribución de naloxona, por ejemplo– para prevenir enfermedades de transmisión sanguínea y sobredosis de drogas.
- 5) Se debería ofrecer un tratamiento de base empírica para la dependencia de drogas a todos los presos que experimenten dicha dependencia, con la combinación adecuada de terapias de sustitución, psicosociales y de apoyo mutuo. Estos programas de tratamiento se deberían evaluar con gran rigor.
- 6) Se deberían establecer mejores vínculos y una continuidad de tratamiento entre los servicios en centros penitenciarios y en comunidades, de forma que las personas puedan seguir un tratamiento al entrar en prisión o al salir de ella.
- 7) Los gobiernos deberían plantearse la posibilidad de situar la salud de las prisiones bajo el control de sus ministerios de salud en lugar de los de justicia.

Recursos clave

Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009) 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons', *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)

Mayet, S. Farrell, M. & Mani, S.G. (2010), 'Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1): CD:008221, <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008221/frame.html>

Perry, A., Coulton, S., Glanville, J., Godfrey C., Lunn J., McDougall, C. & Neale Z. (2009), 'Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3): CD:005193, <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005193.html>

United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: United Nations), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>

World Health Organization (2007), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health* (Copenhagen: WHO Europe), <http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>

World Health Organization (2009), *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings* (Geneva: WHO Western Pacific Regional Office), http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/clinical_guidelines_close_setting_wpro.pdf

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments* (Geneva: WHO), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Geneva: WHO), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>

Notas

- 1 Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons'. *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)
- 2 Walmsley, R. (2011), *World prison population list (ninth edition)* (London: International Centre for Prison Studies), <http://www.idcr.org.uk/wp-content/uploads/2010/09/WPPL-9-22.pdf>
- 3 Dolan, K., Khoei, E.M., Brentari, C. & Stevens, A. (2007), *Beckley Report 12 – Prisons and drugs: a global review of incarceration, drug use and drug services* (Oxford: The Beckley Foundation) http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Beckley_RPT12_Prisons_Drugs_EN.pdf
- 4 Stover H. & Wellandt, C. (2007) 'Drug use and drug services in prisons', en *Health in prisons: A WHO guide to the essential of prison health* (Copenhagen: World Health Organization), <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>
- 5 Para más información, véase: United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: United Nations), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>

- 6 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies (Geneva: World Health Organization), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>
- 7 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings (New York: United Nations), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- 8 Sretrirutchai, S., Silapapojakul, K., Palittapongarnpim, P., Phongdara, A. & Vuddhakul, V. (2002), 'Tuberculosis in Thai prisons: magnitude, transmission and drug susceptibility'. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, **6**(3): 208–214, <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtd/2002/00000006/00000003/art00005>
- 9 MacIntyre, C.R., Carnie, J. & Randall, M. (1999), 'Risks of transmission of tuberculosis among inmates of an Australian prison'. *Epidemiology and Infection*, **123**(3): 445–450, <http://www.jstor.org/pss/4617493>
- 10 Moreira Lemos, A.C., Dias, Matos E. & Nunes Bittencourt, C. (2009), 'Prevalence of active and latent TB among inmates in a prison hospital in Bahia, Brazil'. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, **35**(1): 63–68, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19219332>
- 11 World Health Organization (2007), *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons* (Geneva: WHO), http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/index.html
- 12 Verger, P., Rotily, M. & Prudhomme, J. (2003), 'High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison'. *Journal of Forensic Sciences*, **48**(3): 614–616, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12762532>
- 13 Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011), 'Review: the health of prisoners', *The Lancet*, **377**(9769): 956–965
- 14 World Health Organization Regional Office for Europe website, *Prisons and health*, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health>
- 15 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1955), *Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos*, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/reclusos.htm>
- 16 Asamblea General (14 de diciembre de 1990), *Principios básicos para el tratamiento de los reclusos*, A/RES/45/111, http://www2.ohchr.org/spanish/law/tratamiento_reclusos.htm
- 17 Reglas Penitenciarias Europeas, párrafos 40.4 y 40.5, <http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/EPR/EPR%20Spanish.pdf>
- 18 http://apt.ch/region/visits/Bangkok%20Rules_esp.pdf
- 19 World Health Organization (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html
- 20 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2007), *Informe anual 2007* (Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes), <http://www.incb.org/pdf/annual-report/2007/es/annual-report-2007.pdf>
- 21 Dean, J. (2005), 'The future of mandatory drug testing in Scottish prisons: a review of policy'. *International Journal of Prisoner Health*, **1**(2–4): 163–170, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17449200600553134>
- 22 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings (New York: United Nations), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- 23 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies (Geneva: World Health Organization), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>; Harm Reduction Coalition (enero de 2007), Syringe exchange in prisons: the international experience, <https://harm.rdsecure.org/article.php?id=418>
- 24 Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., & Bienzle, U. (2006), 'A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin'. *Germany Epidemiology and Infection*, **134**(4): 814–819, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2870452/>

- 25 OMS (2010) *La Recomendación de Madrid: la protección de la salud en las prisiones como parte esencial de la salud pública*, http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Declaracion_de_Madrid_-_OMS_espaxol_x2x.pdf
- 26 United Nations Office on Drugs and Crime, *Drug dependence treatment: interventions for drug users in prison* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf
- 27 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments* (Geneva: WHO), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf
- 28 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2003), *Informe anual 2003: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega* (Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37258_ES_ar2003eu_es.pdf; Moreno Jimenez, M.P. (2000), 'Psychosocial interventions with drug addicts in prison. Description and results of a programme'. *Psychology in Spain*, **4**(1): 64–74, <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2000/6.htm>
- 29 Dolan, K., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., & Wodak, A.D. (2005), 'Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection'. *Addiction*, **100**(6): 820–828, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15918812>
- 30 Mayet, S. Farrell, M. & Mani, S.G. (2010) Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1): CD008221, <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008221/frame.html>
- 31 Bullock, T. (2003), 'Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison'. In Ramsay, M. (ed.) *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies. Home Office Research Study 267* (London: Home Office).
- 32 The Associated Press (2008), UN urges Indonesia to stop imprisoning drug users, *The Jakarta Post*, 16 de octubre de 2008, <http://www.thejakartapost.com/news/2008/10/16/un-urges-indonesia-stop-imprisoning-drug-users.html>
- 33 Nelwan, E.J., Diana, A., van Crevel, R., Alam, N.N., Alisjahbana, B., Pohan, H.T., van der Ven, A. & Djaya, I. (2009), 'Indonesian prisons and HIV: Part of the problem or part of the solution?' *The Indonesian Journal of Internal Medicine*, **41**(1): 52–56, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920299>
- 34 Hayton P., Gatherer A. and Fraser A. (2010), *Prisoner or patient: does it matter which government ministry is responsible for the health of prisoners?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/patient-or-prisoner-does-it-matter-which-government-ministry-is-responsible-for-the-health-of-prisoners>
- 35 Weissner P. and Stuikyte R. (2010), *Discussion Paper: Does it matter which government ministry is responsible for health in prison?* (Brussels: European AIDS Treatment Group), <http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/World-Policy/Discussion-paper-Does-it-matter-which-ministry-is-responsible-for-health-in-prison>



Capítulo 3

Programas sanitarios y sociales

3.1 Prevención del consumo de drogas

En este apartado

- Eficacia de los actuales enfoques de prevención
- Intervenciones de marketing social
- Intervenciones de prevención en centros escolares
- Intervenciones de base comunitaria
- Intervenciones inter pares

Los programas de prevención de drogas que se basan en intervenciones de marketing social a gran escala y en centros escolares centradas en el paradigma de la disuasión carecen de eficacia para reducir los niveles de consumo de sustancias. Existen otras iniciativas de prevención de drogas más eficaces, como las intervenciones de base comunitaria que persiguen abordar las causas socio-económicas subyacentes al consumo de drogas y las intervenciones inter pares.

¿Por qué es importante una prevención de drogas eficaz?

El consumo de drogas es un fenómeno mundial extendido. Aunque el consumo de drogas se produce entre distintos subgrupos de población, entre los jóvenes suelen presentarse, por lo general, niveles de consumo superiores al promedio entre otros grupos.¹ Los datos indican que los jóvenes se inician normalmente con el consumo de cannabis, y una minoría de jóvenes que consume drogas aparece también relacionado con el uso de otras sustancias ilícitas, como metanfetamina, cocaína y heroína, entre otras.²

El consumo de drogas puede conducir a una serie de consecuencias sanitarias prevenibles, como el contagio de infecciones de transmisión sanguínea –tales como la hepatitis B y C y el VIH– por el uso de material de inyección no esterilizado, la muerte por sobredosis, y el empeoramiento de enfermedades físicas o psiquiátricas existentes.³ Dadas las posibilidades de que se manifiesten estos daños sanitarios, uno de los objetivos clave de las estrategias nacionales e internacionales de fiscalización de estupefacientes gira en torno a la prevención del consumo de drogas.⁴

La prevención de drogas está integrada en el mandato de la ONUDD.⁵ Sin embargo, a pesar de que constantemente se destinan importantes recursos gubernamentales a intervenciones para la prevención de drogas, las pruebas disponibles indican que los índices de consumo de sustancias entre los jóvenes permanecen en niveles elevados y que no se ven afectados sustancialmente por los enfoques de prevención desplegados hasta la fecha.⁶ Por lo tanto, es necesario abandonar las intervenciones ineficaces para la prevención de drogas y centrarse en aquellas que han tenido resultados más positivos sobre los niveles de consumo de sustancias y la reducción de daños.

Eficacia de los actuales enfoques de prevención

Como se explica en detalle en el [capítulo 2](#) de esta Guía, la mayoría de las políticas nacionales en materia de drogas se han guiado tradicionalmente por el principio de la disuasión: la creencia de que una

dura aplicación de la ley y unas sanciones severas contra las personas que cultivan y usan drogas reducirán la producción y el consumo de éstas.⁷ Los programas para la prevención de drogas se han basado en el mismo principio de disuasión, que da por sentado que las personas que consumen drogas dejarán de hacerlo si son informadas de los efectos negativos del uso y de las penas a las que se enfrentan por ello.

Es necesario abandonar las intervenciones ineficaces para la prevención de drogas y centrarse en aquellas que han tenido resultados más positivos sobre los niveles de consumo de sustancias.

Como se demuestra en esta Guía, no hay ninguna prueba que sugiera que las políticas de drogas basadas en la disuasión se hayan traducido en una reducción de la iniciación del consumo de drogas entre los jóvenes, ni en una reducción de la producción de cultivos destinados al mercado ilícito de sustancias.⁸ Algo parecido se puede afirmar con respecto a la prevención de drogas, aunque algunos enfoques de prevención han demostrado ser más prometedores que otros.

Enfoques de prevención ineficaces

A pesar de su popularidad, con políticos que desean 'enviar un mensaje duro' sobre los riesgos del consumo de drogas, las intervenciones de *marketing* social a gran escala y los programas de prevención en centros escolares han sido caros e ineficaces a la hora de reducir el consumo de sustancias entre los grupos de población a los que buscaban llegar, y podrían incluso tener efectos negativos sobre la prevalencia del consumo de drogas. Las pruebas sugieren que estos enfoques de prevención deberían evitarse.

Intervenciones de *marketing* social

Uno de los enfoques más populares para evitar el consumo de drogas entre los jóvenes consiste en el despliegue de campañas de *marketing* social. Estas campañas pueden adoptar diversas formas, aunque, por lo general, suponen la difusión de anuncios de servicio público contra las drogas a través de la televisión y la radio. En los últimos años, sin embargo, las campañas de *marketing* social han ampliado su alcance para sacar provecho de nuevos medios. Por ejemplo, los vídeos de internet y las páginas web dedicadas a transmitir mensajes antidrogas se han convertido en un aspecto cada vez más importante y sofisticado de las intervenciones de prevención.⁹ La gran mayoría de las intervenciones de *marketing* social, entre las que estarían los anuncios de servicio público contra las drogas, se basan en la teoría social cognitiva y sus derivaciones,¹⁰ como la teoría de la acción razonada¹¹ y la teoría del comportamiento planificado,¹² todas ellas basadas en una relación contigua específica entre intención y conducta.

Las intervenciones de *marketing* social a gran escala y los programas de prevención en centros escolares son caros e ineficaces (y a veces contraproducentes) a la hora de reducir el consumo de drogas.

La inmensa mayoría de las investigaciones científicas sobre la prevención de drogas realizadas hasta la fecha se ha centrado en los enfoques de *marketing* social y de intervención en los centros escolares. En cuanto al *marketing* social, una reciente revisión sistemática de todas las evaluaciones científicas sobre los anuncios de servicio público contra las drogas llegó a la conclusión de que estas intervenciones resultan, en gran medida, ineficaces y podrían, de hecho, incluso fomentar el consumo de drogas (véase el [cuadro 1](#)).¹³

Cuadro 1. La campaña de *marketing* social contra las drogas del Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos

Según una evaluación encargada por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA) sobre una campaña de *marketing* social contra los estupefacientes a la que se han destinado 1.300 millones de dólares desde 1998:¹⁴

- la campaña no tuvo efecto alguno sobre los jóvenes que ya habían empezado a consumir cannabis
- una mayor exposición a la campaña podría haber incrementado de forma significativa el índice de iniciación en el consumo de drogas entre los jóvenes a los que se deseaba llegar
- la campaña podría haber debilitado la percepción de las normas contra el cannabis entre los jóvenes a los que se deseaba llegar
- si bien se observaron cambios favorables o desfavorables en los comportamientos relacionados con el consumo de drogas entre los jóvenes a los que se deseaba llegar, no había indicios de que la campaña en sí fuera responsable de dichos cambios.¹⁵

Aunque la Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas de los Estados Unidos (ONDCP) cuestionó estas conclusiones, un informe de la Oficina de Auditoría General de los Estados Unidos (GAO) determinó que los resultados de esta evaluación inicial eran sólidos.¹⁶

Intervenciones de prevención en centros escolares

Las intervenciones antidrogas en los centros escolares se han evaluado en profundidad, especialmente en los Estados Unidos, desde al menos la década de 1970,¹⁷ aunque su incorporación en el sistema educativo estadounidense se remonta ya, según algunos investigadores, al siglo XIX.¹⁸ De todas las intervenciones de prevención, la más popular es, sin duda, el Programa educativo para prevenir el consumo de drogas, más conocido como programa DARE (véase el [cuadro 2](#)).

Cuadro 2. El Programa educativo para prevenir el consumo de drogas y la ineficacia de la prevención en las escuelas

El Programa educativo para prevenir el consumo de drogas, también conocido como DARE (por su sigla en inglés), se introdujo en 1983 y es el programa de mayor envergadura desplegado en escuelas, ya que actualmente funciona en más del 75 por ciento de los distritos escolares de los Estados Unidos y en 43 países de todo el mundo.¹⁹ El DARE y otras intervenciones parecidas en escuelas se basan en la 'teoría de la puerta de entrada' al consumo de drogas, que sostiene que el consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco o el cannabis augura el uso futuro de drogas más 'duras', como la heroína, la cocaína y las anfetaminas,²⁰ así como en teorías centradas en la autoeficacia, que promueven el desarrollo de habilidades interpersonales y sociales que reduzcan la vulnerabilidad de los jóvenes ante la influencia de sus iguales para iniciarse en el consumo de drogas.²¹

Varias evaluaciones que han investigado los efectos del DARE han observado los impactos limitados del programa a largo plazo. Según un ensayo controlado aleatorio, que siguió durante 5 años los hábitos en materia de drogas de un grupo de estudiantes de último año de secundaria (17-18 años) que había participado en el DARE durante su séptimo grado (12-13

años) en comparación con otro grupo de control no expuesto al programa, no existían diferencias significativas entre ambos grupos en términos de la frecuencia, cuándo se había consumido por última vez y la prevalencia de uso de toda una serie de drogas pasados 5 años; la única excepción notable desde el punto de vista estadístico era el índice de consumo de alucinógenos en los 30 días anteriores entre el grupo expuesto al DARE, que era casi del triple que el del grupo no expuesto al programa.²² Otro ensayo controlado aleatorio del DARE realizado durante 6 años en 36 escuelas primarias y 300 escuelas secundarias no encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre el consumo de drogas de los jóvenes y su participación en el DARE durante los 6 años del período estudiado.²³ Estos resultados se han visto corroborados por otras investigaciones.²⁴

Finalmente, varios metaanálisis de estudios sobre el DARE han llegado a la conclusión de que los efectos positivos del programa son insignificantes o nulos.²⁵ El hecho de que el DARE se siga aplicando de forma tan generalizada, a pesar de las evidentes pruebas de su ineficacia, es un buen reflejo de que muchos responsables de políticas están más interesados en el simbolismo de las campañas de prevención de drogas que en su impacto real.

Enfoques de prevención prometedores

Aunque las intervenciones presentadas a continuación aún se deben evaluar con mayor detalle, están demostrando resultados prometedores en términos de prevención de drogas.

Intervenciones de base comunitaria

Los programas de base comunitaria suelen implicar a varias partes interesadas y múltiples componentes, aplicados de forma secuencial o simultánea. Estos programas, por lo general, no sólo persiguen modificar conductas concretas, sino que tienen objetivos más generales orientados hacia el empoderamiento y el cambio integral de la comunidad, centrándose en fortalecer los factores de protección (p. ej., vínculos familiares sólidos y positivos, éxito en el rendimiento escolar, buenas habilidades sociales,

oportunidades de empleo, etcétera) que reducirán el problema del consumo de drogas en las comunidades, especialmente entre los jóvenes.²⁶ En este sentido, técnicamente no son sólo programas de prevención de drogas, sino enfoques sociales y de desarrollo comunitario más amplios. Este amplio conjunto de objetivos está en sintonía con la gran pluralidad de partes interesadas que se necesita para ejecutar este tipo de programas. Aunque las partes implicadas varían según la comunidad, muchos de estos programas suelen contar con la participación de organizaciones juveniles y familiares, grupos comunitarios, medios de comunicación, escuelas, organismos de

aplicación de la ley, organizaciones confesionales y entes gubernamentales.⁴⁶ La creación de estas plataformas posibilita que se persigan objetivos de empoderamiento comunitario que buscan generar capacidades para la acción entre los participantes comunitarios, en contraposición a la idea de que los miembros de la comunidad son receptores pasivos de los programas de prevención de salud pública.²⁷

Los enfoques de base comunitaria se han hecho cada vez más populares para evitar el consumo de drogas entre los jóvenes. Cabría recordar que, dado que las intervenciones se ocupan fundamentalmente de generar capacidades que se puedan emplear para el empoderamiento comunitario, muchas veces los evaluadores lo tienen difícil para identificar resultados específicos que se puedan analizar dentro de los plazos temporales en los que se suelen realizar las evaluaciones.²⁸ En efecto, el empoderamiento comunitario es un resultado a largo plazo cuya evaluación puede ser complicada.²⁹ Las estrategias de prevención de base comunitaria también suelen entrañar un complejo conjunto de componentes,

Las intervenciones de base comunitaria e inter pares han demostrado resultados prometedores en términos de prevención de drogas.

que interactúan para evitar el consumo de drogas, lo cual dificulta aún más la evaluación de dichas intervenciones. A pesar de todo ello, estos programas a largo plazo han demostrado resultados alentadores para abordar los factores de riesgo que conducen el consumo de sustancias y para reforzar los factores de protección que rebajan los riesgos de consumo dentro de una comunidad.

En el [cuadro 3](#) se presenta un ejemplo de programa de base comunitaria desarrollado en el Reino Unido.

Cuadro 3. El programa Futuros Positivos en el Reino Unido³⁰

Un ejemplo de intervención de base comunitaria que perseguía abordar factores socio-ambientales sería el programa Futuros Positivos, puesto en marcha en el Reino Unido por *Sport England* (una organización no gubernamental), *Youth Justice Board* (un ente público descentralizado) y la Unidad de Coordinación de Lucha contra la Droga del Reino Unido (un departamento gubernamental dependiente del Ministerio del Interior) en el año 2000. Este programa utiliza el deporte y otras actividades para trabajar con jóvenes de 10 a 19 años de edad, identificados como en situación de riesgo de iniciarse en el consumo de drogas.

Según una evaluación del programa, los jóvenes que habían participado en él informaron de una mejora en las relaciones sociales, un mayor rendimiento escolar y unos niveles más altos de empleo.³¹ Los programas Futuros Positivos se han expandido y han sido bien recibidos por muchas comunidades británicas, y gozan de gran popularidad, tanto entre sus participantes como entre los políticos. Sin embargo, a pesar de que las evaluaciones cualitativas han sido, en general positivas, no se han realizado análisis estadísticos sobre los resultados de los programas, por lo que se sabe muy poco sobre el mecanismo de cambio, y el impacto de la intervención nunca se ha cuantificado. Por ejemplo, no se ha presentado ningún dato sobre los efectos de los programas Futuros Positivos sobre los patrones de consumo de drogas entre los jóvenes.

Intervenciones inter pares

Las intervenciones de prevención entre pares persiguen trabajar directamente con los miembros de la comunidad afectada para conectar con las personas marginadas en situación de riesgo de consumo de drogas.³² Aunque algunos componentes basados en la interacción entre pares cada vez se están integrando más en las intervenciones preventivas de *marketing* social a través de las redes sociales, las intervenciones independientes de prevención inter pares, como programas independientes, siguen presentes en varios entornos. Todas las intervenciones de prevención inter pares entrañan la participación de miembros de un determinado grupo ('pares'; en ocasiones también llamados 'iguales' o 'semejantes'), que actuarán como educadores.³³ En principio, los pares sólo deben pertenecer al mismo grupo para actuar, y ser vistos por sus pares, como educadores. En la práctica, los educadores pares pueden ser compañeros de trabajo, de la escuela o de un equipo, o personas que consumen drogas dentro de una red que las usa, entre otras cosas. Por lo general, se considera que los enfoques basados en la interacción inter pares tienen una mayor capacidad para transmitir mensajes de prevención entre grupos a los que, de otro modo, sería difícil llegar. Hasta la fecha, se han realizado pocos estudios científicos sobre la prevención de drogas basada en los pares.

El hecho de que se cuente con pocas evaluaciones de intervenciones basadas en la interacción inter pares para la prevención de drogas podría deberse en parte a que, al igual que las intervenciones de prevención de base comunitaria, las de pares suelen tener resultados como el traspaso de información o el aumento de la autoconfianza en general, que no constituyen necesariamente el objetivo principal de la prevención de drogas. Además, las evaluaciones de las intervenciones de prevención inter pares

efectuadas entre las personas que consumen drogas se han centrado, normalmente, en intervenciones para la prevención de daños relacionados con las drogas, más que para la prevención del consumo en sí. Sin embargo, a pesar de la limitada base de pruebas científicas, los estudios disponibles indican que las intervenciones basadas en la interacción inter pares pueden conseguir reducir los índices de consumo de drogas (véase el [cuadro 4](#)).

Cuadro 4. Programa de intervención inter pares para jóvenes que consumen anfetaminas en Tailandia³⁴

Desde los años noventa, el consumo de anfetaminas en Tailandia se ha extendido en gran medida, especialmente entre los jóvenes. Paralelamente, se han incrementado también las conductas sexuales de riesgo entre este grupo de población. Se realizó un estudio aleatorio para evaluar el impacto de una intervención de red inter pares y otra intervención centrada en habilidades para la vida sobre las conductas de consumo de metanfetaminas y riesgo de VIH entre jóvenes de 18 a 25 años en la provincia tailandesa de Chiang Mai. El estudio llegó a la conclusión de que la intervención basada en la educación inter pares y en red estaba asociada con una reducción en el consumo de metanfetamina, un mayor uso de preservativos y una disminución en las infecciones accidentales de transmisión sexual. El estudio determinó que las intervenciones en grupos reducidos eran una forma eficaz de reducir el consumo de metanfetamina y el riesgo sexual entre las generaciones tailandesas más jóvenes.

Conclusiones

A pesar de la gran variedad de intervenciones preventivas desarrolladas hasta la fecha, los índices de consumo de drogas (cannabis, cocaína, heroína y anfetaminas) se han mantenido estables o se han incrementado en los grandes mercados de todo el mundo, y no parecen haberse visto influidos por las campañas de prevención de drogas desplegadas por los gobiernos.¹⁶ Este hecho podría quizá explicarse porque el acento para la prevención de drogas se pone fundamentalmente en el temor y la disuasión, como suele pasar con la mayoría de las políticas de fiscalización de estupefacientes, que se centran en una dura aplicación de la ley y unos severos mecanismos de castigo. Esto ha llevado a que se suelen preferir enfoques de prevención que tienen poco en común con la experiencia vivida por los jóvenes y que no buscan abordar los factores que más influyen en las decisiones de las personas frente al consumo de drogas: la moda, la presión de los pares, el bienestar emocional, y la igualdad e integración social y comunitaria.

Las pruebas demuestran que las campañas de marketing social a gran escala y los programas en centros escolares que persiguen concienciar a la población y a los jóvenes sobre los daños provocados por las drogas no han conseguido reducir el consumo de sustancias ni incrementar la edad de inicio a su uso. Es más, algunos estudios han demostrado que estos programas de prevención podrían incluso aumentar la prevalencia del consumo de drogas entre el grupo de población al que van destinados, al potenciar los conocimientos o la curiosidad sobre determinadas drogas.

Los estudios que han analizado los efectos de las intervenciones de base comunitaria y los programas de prevención inter pares han dado resultados más optimistas, aunque es necesario seguir investigando para poder evaluar verdaderamente el impacto de estas intervenciones sobre la prevalencia del consumo de drogas.

Recomendaciones

Un paradigma con una nueva orientación para la prevención de drogas debería priorizar los siguientes resultados:

- 1) Las intervenciones para la prevención de drogas deberían identificar las causas sociales que subyacen a su consumo, y trabajar para abordarlas a través de programas sanitarios y socio-económicos, especialmente mediante programas de prevención de base comunitaria.
- 2) Las intervenciones para la prevención de drogas deberían priorizar la educación y la información a través de programas basados en la interacción inter pares.
- 3) Los gobiernos deberían estudiar nuevos programas para la prevención de drogas basados en las pruebas empíricas disponibles.
- 4) Los planes para desarrollar intervenciones de prevención de drogas deberían integrar, de forma sistemática, una evaluación científica del proceso y sus resultados con el fin de medir la eficacia de los programas correspondientes.

Recursos clave

Aguirre-Molina, M. & Gorman, D.M. (1996), 'Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use', *Annual Review of Public Health*, **17**(1): 337–358, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8724231>

Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., *et al.* (2000), 'Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health', *British Medical Journal*, **321**(7262): 694, <http://www.bmj.com/content/321/7262/694.full>

Degenhardt, L., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J.C., Angermeyer, M., *et al.* (2008), 'Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys', *PLoS Medicine*, **5**(7): 1053–1067, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050141>

Drucker, E. (1999), 'Drug prohibition and public health: 25 years of evidence', *Public Health Reports*, **114**(1): 14, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308340/>

Friedman, S.R., Cooper, H.L., Tempalski, B., Keem, B., Friedman, R., Flom, P.L., *et al.* (2006), 'Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas', *AIDS*, **20**(1): 93, <http://www.idpc.net/publications/relationships-of-deterrence-and-law-enforcement-to-drug-related-harms>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003), *Inter pares: Utilización de estrategias de comunicación inter pares para prevenir el uso indebido de drogas* (Nueva York: Naciones Unidas), http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_peer_spanish.pdf

Werb, D., Mills, E.J., DeBeck, K., Kerr, T., Montaner, J.S.G. & Wood, E. (2011), 'The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements: a systematic review and meta-analysis', *Journal of Epidemiology & Community Health*, **65**(10): 834–840.

West, S. & O'Neal, K. (2004), 'Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited', *American Journal of Public Health*, **94**(6): 1027, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448384/>

Notas

- 1 Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2008), 'Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975-2007'. In *Volume I: Secondary school students* (Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse), http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2_2007.pdf
- 2 Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., et al. (November 2004), *The ESPAD Report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European countries* (Stockholm: The European Survey Project on Alcohol and Other Drugs); Johnston, L.D., Bachman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2007), *Monitoring the future: national results on adolescent drug use. Overview of key findings, 2006* (Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse), <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2006.pdf>
- 3 Garfield, J. & Drucker, E. (2001), 'Fatal overdose trends in major US cities: 1990 – 1997', *Addictions Research and Theory*, **9**(5): 425, <http://www.gizarte.net/drogodependencias/datos/garfield.pdf>; Zou, S., El Saadany, S., Forrester, S. & Giulivi, A. (2001), *Estimating the incidence of hepatitis C virus infection in Canada* (Canadian Conference on Epidemiology, Ottawa: Blood-borne Pathogens Division, Population and Public Health Branch, Health Canada), <http://www.openmedicine.ca/article/viewArticle/249/287>; Sutcliffe, C.G., German, D., Sirirojn, B., Latkin, C., Aramrattana, A., Sherman, S.G., Sirirojn, B., Latkin, C., Aramrattana, A., Sherman, S.G. & Celentano, D. (2009), 'Patterns of methamphetamine use and symptoms of depression among young adults in northern Thailand', *Drugs and Alcohol Dependence*, **101**(3): 146–151, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2692876/>; Zule, W.A. & Desmond, D.P. (2000), 'Factors predicting entry of injecting drug users into substance abuse treatment', *American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, **26**(2): 247, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10852359>
- 4 Office of National Drug Control Policy (2007), *National youth anti-drug media campaign*. (Washington, D.C.: Office of National Drug Control Policy), <http://www.whitehouse.gov/ondcp/anti-drug-media-campaign>; Government of Canada (2007), *National Anti-Drug Strategy – Prevention* (Ottawa: Government of Canada); Consejo de la Unión Europea (noviembre de 2004), *Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2005–2012)* (Bruselas: Unión Europea), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_ES_EU%20Drugs%20Strategy_ES.PDF; Government of Australia (2004), *Australian National Illicit Drug Strategy 2004-2009* (Sydney: Australian Government Department of Health and Ageing).
- 5 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011), *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 6 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011), *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 7 Friedman, S.R., Cooper, H.L., Tempalski, B., Keem, B., Friedman, R., Flom, P.L., et al. (2006), 'Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas', *AIDS*, **20**(1): 93, <http://www.idpc.net/publications/relationships-of-deterrence-and-law-enforcement-to-drug-related-harms>
- 8 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2005), *Informe Mundial sobre las Drogas 2005* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), http://www.unodc.org/pdf/research/wdr_Volume1_sp.pdf
- 9 Office of National Drug Control Policy (2007), *National youth anti-drug media campaign* (Washington DC: Office of National Drug Control Policy).
- 10 Bandura, A. (1986), *The social foundations of thought and action: a social cognitive theory* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall).
- 11 Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980), *A theory of reasoned action* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.).
- 12 Ajzen, I. (1985), *From intentions to actions: a theory of planned behavior. Action control: from cognition to behavior* (Springer), pp. 11–39, <http://www.getcited.org/pub/103371616>
- 13 Werb, D., Mills, E.J., DeBeck, K., Kerr, T., Montaner, J.S.G. & Wood, E. (2011), 'The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements: a systematic review and meta-analysis', *Journal of Epidemiology & Community Health* **65**(10): 834–840.
- 14 Office of National Drug Control Policy (2009), FY2010 Budget Summary (Washington, D.C.: ONDCP).
- 15 Orwin, R., Cadell, D., Chu, A., Kalton, G., Maklan, D., Morin, C., et al. (2004), Evaluation of the national youth anti-drug media campaign: 2004 report of findings (Washington DC: National Institute on Drug Abuse), Report No.: N01DA-8-5063, <http://archives.drugabuse.gov/initiatives/westat/#reports>
- 16 US Government Accountability Office (2006), ONDCP Media Campaign: contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use (Washington, DC: Government Accountability Office), Report No.: GAO-06-818, <http://www.gao.gov/products/GAO-06-818>
- 17 Gorman, D.M. (1995), 'The effectiveness of DARE and other drug use prevention programs', *American Journal of Public Health*, **85**(6): 873, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615488/>; Pearson, H. (2004), 'A hard habit to break', *Nature*, **430**: 2; Berberian, R., Gross, C., Lovejoy, J. & Paparella, S. (1976), 'The effectiveness of drug education programs: A critical review'. *Health Education and Behaviour*, **4**(4): 377, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1010754>; Bangert-Drowns, R.L. (1988), 'The effects of school-based substance abuse education - a meta-analysis', *Journal of Drug Education*, **18**(3): 243, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3058921>
- 18 Beck, J. (1998), '100 years of "just say no" versus "just say know". Reevaluating drug education goals for the coming century', *Evaluation Review*, **22**(1): 15, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10183299>

- 19 D.A.R.E. (2007), *Drug Abuse Resistance Education* (Inglewood, California: D.A.R.E. America), <http://www.dare.com/home/default.asp>
- 20 Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. (2006), 'Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis', *Addiction*, **101**(4): 556, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16548935>
- 21 Bandura, A. (1977), 'Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change', *Psychology Review*, **84**(2): 191, <http://garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989U419500001.pdf>
- 22 Wysong, E., Aniskwicz, R. & Wright, D. (1994), 'Truth and DARE: tracking drug education to graduation and as symbolic politics', *Social Problems*, **41**(3): 448.
- 23 Rosenbaum, D.P. & Hanson, G.S. (1998), 'Assessing the effects of school-based drug education: A six year multilevel analysis of Project DARE', *Journal of Research in Crime and Delinquency*, **35**(4): 381, <http://jrc.sagepub.com/content/35/4/381.abstract>
- 24 Lynam, D.R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S.P., Logan, T.K., Martin, C., et al. (1999), 'Project DARE: no effects at 10-year follow-up', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67**(4): 590, <http://barkingduck.net/ehayes/essays/ccp674590.html>; Becker, H.K., Agopian, M.W. & Yeh, S. (1992), 'Impact evaluation of drug abuse resistance education; (DARE)', *Journal of Drug Education*, **22**(4): 283, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1484326>; Harmon, M. (1993), 'Reducing the risk of drug involvement among early adolescents: an evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)', *Evaluation Review*, **17**(2): 221, <http://erx.sagepub.com/content/17/2/221.abstract>; Thombs, D.L. (2000), 'A retrospective study of DARE: substantive effects not detected in undergraduates', *Journal of Alcohol and Drug Education*, **46**(1): 27, <https://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=195552>; Clayton, R.R. (1996), 'The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (project DARE): 5-year follow-up results', *Prevention Medicine*, **25**(3): 307, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8781009>; Dukes, R., Ullman, J. & Stein, J. (1995), 'An evaluation of D.A.R.E. (Drug Abuse Resistance Education), using a Solomon four-group design with latent variables', *Evaluation Review*, **19**(4): 409, <http://erx.sagepub.com/content/19/4/409.abstract>; Rosenbaum, D.P., Flewelling, R.L., Bailey, S.L., Ringwalt, C.L. & Wilkinson, D.L. (1994), 'Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)', *Journal of Research Crime & Delinquency*, **31**(1): 3, <http://jrc.sagepub.com/content/31/1/3.abstract>; Zagumny, M.J. & Thompson, M.K. (1997), 'Does D.A.R.E. work? An evaluation in rural Tennessee', *Journal of Alcohol and Drug Education*, **42**(2): 32, <https://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=172910>; Dukes, R.L. (1996), 'Three-year follow-up of Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.)', *Evaluation Review*, **20**(1): 49, <http://erx.sagepub.com/content/20/1/49.abstract>; Ringwalt, C., Ennett, S. & Holt, K. (1991), 'An outcome evaluation of Project DARE (Drug Abuse Resistance Education)', *Health Education Research*, **6**(3): 327, <http://her.oxfordjournals.org/content/6/3/327.abstract>
- 25 West, S. & O'Neal, K. (2004), 'Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited', *American Journal of Public Health*, **94**(6): 1027, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448384/>; Ennett, S.T., Tobler, N.S., Ringwalt, C.L., Flewelling, R.L. (1994), 'How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations', *American Journal of Public Health*, **84**(9): 1394, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615171/>
- 26 Aguirre-Molina, M., Gorman, D.M. (1996), 'Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use', *Annual Review on Public Health*, **17**(1): 337–358, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8724231>
- 27 Wagenaar, A.C., Murray, D.M., Wolfson, M., Forster, J.L. & Finnegan, J.R. (1994), 'Communities mobilizing for change on alcohol: Design of a randomised community trial', *Journal of Community Psychology*, **101**, http://www.epi.umn.edu/alcohol/pubs/pubpdf/11_6_69.PDF; Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1994), 'Introduction to community empowerment, participatory education, and health', *Health Education Quarterly*, **21**(2): 141–148, <http://heb.sagepub.com/content/21/2/141.extract>; McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988), 'An ecological perspective on health promotion programs', *Health Education & Behaviours*, **15**(4): 351, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3068205>
- 28 Waddington, I. (2000), Sport-focussed interventions for young people at risk: do they work? The UK experience; Edmonds, K., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M.A. (2005), Drug prevention among vulnerable young people (Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention).
- 29 Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., et al. (2000), 'Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health', *British Medical Journal*, **321**(7262): 694, <http://www.bmj.com/content/321/7262/694.full>
- 30 Edmonds, K., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M.A. (2005), Drug prevention among vulnerable young people (Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention).
- 31 Edmonds, K., Sumnall, H., McVeigh, J. & Bellis, M.A. (2005), Drug prevention among vulnerable young people (Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention), <http://www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=175>
- 32 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003), *Inter pares: Utilización de estrategias de comunicación inter pares para prevenir el uso indebido de drogas* (Nueva York: Naciones Unidas), http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_peer_spanish.pdf
- 33 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003), *Inter pares: Utilización de estrategias de comunicación inter pares para prevenir el uso indebido de drogas* (Nueva York: Naciones Unidas), http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_peer_spanish.pdf
- 34 Sherman, S.G., Sutcliffe, C., Sritojn, B., Latkin, C.A., Aramratanna, A. & Celentano, D.D. (2009), 'Evaluation of a peer network intervention trial among young methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand', *Social Science & Medicine*, **68**(1): 69–79, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18986746>

3.2 Reducción de daños

En este apartado

- Principios de la reducción de daños
- Una amplia gama de intervenciones
- Apoyo a los grupos con mayor riesgo de experimentar daños relacionados con las drogas

Reducción de daños es un término que alude a las intervenciones en materia de salud pública que persiguen reducir las consecuencias negativas derivadas del consumo y las políticas de drogas. La reducción de daños se ha evaluado con rigor y ha demostrado su eficacia para reducir el contagio de infecciones de transmisión sanguínea, así como la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el consumo de drogas.

¿Por qué es importante la reducción de daños?

En el [capítulo 1](#), se presentó una definición general de la reducción de daños. Este capítulo se centra fundamentalmente en la reducción de daños como una serie de intervenciones en el campo de la salud y alude también a otras iniciativas afines para moldear las políticas públicas de forma que se promueva el bienestar de las personas que consumen drogas.

El consumo de drogas, especialmente en el contexto del actual régimen de fiscalización de estupefacientes, puede conducir a una serie de consecuencias sanitarias prevenibles, como el contagio de infecciones en tejidos blandos e infecciones de transmisión sanguínea –tales como la hepatitis B y C y el VIH– por el uso de material de inyección no esterilizado, la muerte por sobredosis, y el empeoramiento de enfermedades

físicas o psiquiátricas existentes. La reducción de daños se ocupa igualmente de los daños provocados por las políticas y las actitudes públicas dirigidas a las personas que consumen drogas. En muchos países, la mayor parte de los daños se deriva directa o indirectamente de la criminalización y el encarcelamiento generalizado de las personas que consumen drogas, pero entraña también la discriminación en entornos médicos y los consiguientes problemas con el acceso a la atención de la salud, las barreras al empleo, a la vivienda y a las prestaciones sociales, o la denegación de la custodia de los hijos. Por

La reducción de daños es un concepto que atañe tanto a la salud pública como a los derechos humanos.

este motivo, la reducción de daños se suele entender como un concepto que atañe tanto a la salud pública como a los derechos humanos.

En todo el mundo, hay en torno a 16 millones de personas que consumen drogas por vía parenteral,¹ y se calcula que hasta el 10 por ciento de todos los contagios de VIH se produce por la inyección de drogas; el 30 por ciento de las nuevas infecciones tiene lugar fuera del África subsahariana.² En muchos países de Europa oriental, Oriente Medio, el norte de África, Asia central y meridional, el

sudeste asiático y América Latina, la mayoría de los contagios de VIH se da entre las personas que usan drogas inyectadas.³ En los últimos años, los contagios por inyección se han convertido también en un componente importante de la epidemia del VIH en el África subsahariana, donde la prevalencia del consumo de drogas inyectadas se acerca ahora al promedio mundial.⁴

El OEDT identificó la sobredosis de drogas como una importante causa de mortalidad en los países de la Unión Europea.⁵ Según un estudio internacional auspiciado por el OEDT en siete zonas urbanas europeas, entre el 10 y el 23 por ciento de todas las muertes de personas entre los 15 y 49 años de edad podía atribuirse al uso de opioides.⁶ En los Estados Unidos, la sobredosis es la principal causa de mortalidad relacionada con lesiones entre las personas de 35 a 54 años de edad.⁷ Los estudios demuestran que el 89 por ciento de los usuarios de heroína han presenciado, a lo largo de su vida, al menos una sobredosis en San Francisco (EUA);⁸ la experiencia personal en materia de sobredosis varía desde el 51 por ciento de las personas que consumen heroína en Australia⁹ al 66 por ciento en la provincia china de Yunnan ¹⁰ o al 83,1 por ciento en el norte de Vietnam.¹¹ En Rusia, la sobredosis fue la causa del 21 por ciento de las muertes entre personas que viven con VIH en 2007,¹² y el país notificó un total de 9.354 muertes por sobredosis el año anterior, una cifra muy probablemente subestimada.¹³

El consumo de drogas no opioides y no inyectadas también se puede relacionar con consecuencias negativas para la salud. En muchas zonas del mundo se ha presenciado un incremento del consumo de cocaína y de estimulantes de tipo anfetamínico como la metanfetamina, así como del uso no terapéutico de medicamentos farmacéuticos.^{14,15} El consumo de drogas no inyectadas está asociado con un mayor riesgo de transmisión sexual del VIH en algunos contextos.¹⁶ Se ha especulado también con que el uso compartido de material para fumar *crack* podría incrementar el riesgo de contagio de la hepatitis C.¹⁷ Las drogas estimulantes pueden provocar hipertermia, trastornos psiquiátricos agudos y otros daños, y las drogas inhaladas pueden causar infecciones pulmonares y, posiblemente, leucoencefalopatía.¹⁸ En el [cuadro 1](#) se presentan algunos ejemplos de servicios efectivos de reducción de daños para personas que consumen drogas no inyectables.

Cuadro 1. Servicios de reducción de daños para personas que consumen drogas no inyectables

Aunque en ocasiones son menos visibles por la importancia que se da al VIH en el contexto de los fondos públicos en materia de drogas y salud, los servicios que prestan apoyo a las personas que consumen drogas no inyectables constituyen un componente esencial de la reducción de daños. Para dar respuesta a los daños asociados con el uso de drogas no inyectadas, organizaciones como *DanceSafe* en Norteamérica han promovido la educación, los análisis de píldoras y otros servicios para garantizar que los 'consumidores recreativos' estén bien informados sobre formas más seguras de uso y sepan qué están consumiendo.

Los grupos de reducción de daños en Canadá y otros países han fomentado la distribución de paquetes para un consumo más seguro de *crack*, en los que se incluyen información y material para fumar fabricado con productos que no emiten químicos tóxicos al calentarse, y que han resultado en la adopción de conductas menos arriesgadas al consumir drogas entre los participantes.¹⁹ En la misma línea, en América Latina y el Caribe, donde predominan el consumo de cocaína en polvo y *crack*, los servicios de reducción de daños para personas que usan drogas no inyectables –y que abarcan componentes como asesoramiento, programas de vivienda y derivación hacia tratamientos de la dependencia– han estado funcionando, en paralelo a los PIAJ, desde principios de los años noventa. En varios países, además de los 'espacios para inyección más segura', también se han establecido 'espacios para inhalación más segura', donde las personas pueden fumar o inhalar drogas en un entorno bajo supervisión médica.²⁰

Si bien el uso compartido de material de inyección no esterilizado ha sido una causa importante de los contagios de VIH en Norteamérica y Europa occidental, el despliegue de servicios de reducción de daños ha contribuido a controlar cada vez más la epidemia. Por ejemplo, en el año 2009, la ciudad de Nueva York, que llevaba casi 20 años dando apoyo a los servicios de reducción de daños, notificó que sólo el 5 por ciento de los nuevos casos de VIH se había transmitido por el uso de drogas inyectadas.²¹ También Australia, el primer país que integró la reducción de daños en su estrategia nacional para el VIH, ha mantenido en unos niveles extremadamente bajos la epidemia del VIH entre las personas que consumen drogas inyectadas y, por ese motivo, consiguió un ahorro neto en los costos de atención de la salud de más de 820 millones de dólares²² sólo en los años 2000–2009.²³ El Reino Unido, los Países Bajos, Francia, España y otros países europeos han sido testigos de un éxito parecido en la reducción de la incidencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas mediante la prestación generalizada de PIAJ, TSO y otros servicios afines. En cambio, países como Rusia y Tailandia, que se han negado a desarrollar intervenciones de reducción de daños, tienen una alta prevalencia de infecciones del VIH entre las personas que consumen drogas inyectadas.²⁴

La reducción de daños se fundamenta en pruebas empíricas y ha demostrado su eficacia para reducir el contagio de enfermedades de transmisión sanguínea, mejorando así la salud general; además, no está asociada con un mayor consumo de drogas.

Los programas de reducción de daños siempre han estado comprometidos con las prácticas de base empírica. Los servicios básicos de reducción de daños se han evaluado de forma exhaustiva, y se ha demostrado su eficacia para reducir el contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, mejorando así la salud general; además, no están asociados con un mayor consumo de drogas.^{25,26} Por este motivo, la reducción de daños ha llegado a convertirse en el principal enfoque de salud pública para lidiar con el uso de drogas y ha obtenido el respaldo de numerosos organismos internacionales y asociaciones de profesionales de la salud; entre ellos, el sistema de la ONU, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Sociedad Internacional del SIDA (IAS) y la Asociación Médica de los Estados Unidos (AMA). Al menos 82 países apoyan la reducción de daños en sus políticas y/o prácticas.²⁷

Principios de la reducción de daños

En este capítulo se emplea la definición de los principios de reducción de daños de la organización Reducción de Daños Internacional (HRI)²⁸ y se explica cómo pueden aplicarse en la práctica dichos principios.

La reducción de daños está dirigida a los riesgos y daños; se fundamenta en pruebas empíricas y tiene una buena relación entre coste y eficacia; es progresiva; está arraigada en la dignidad y respeta los derechos humanos; cuestiona las políticas que maximizan los riesgos, y valora la transparencia, la responsabilidad y la participación.

Según la HRI, la reducción de daños se refiere a “políticas, programas y prácticas orientadas principalmente a reducir las consecuencias adversas sanitarias, sociales y económicas derivadas del consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin reducir necesariamente el consumo de drogas. La reducción de daños beneficia a los consumidores de drogas, a sus familias y a la comunidad”.²⁹

En su esencia, la reducción de daños admite que, a pesar de las consecuencias negativas asociadas con el consumo de drogas, muchas personas no tienen la capacidad o la disposición para dejar de usarlas; que la mayoría de los daños asociados con el consumo de sustancias son prevenibles; y que el consumo de drogas

tiene aspectos positivos para muchas personas, lo cual debe entenderse en el contexto de reducir los daños relacionados con las sustancias. La reducción de daños busca responder a la experiencia única de cada persona con el consumo de drogas y, en el ámbito comunitario, persigue integrarse con la medicina de la atención primaria y especializada, el tratamiento de drogas, los servicios de vivienda, el sistema judicial penal y otros campos relevantes. A escala local, provincial y nacional, la reducción de daños trabaja para orientar las políticas gubernamentales en materia de consumo de drogas hacia la promoción de la salud y alejarlas de los enfoques centrados en la justicia penal.

La reducción de daños:

- **está dirigida a los riesgos y los daños** – la reducción de daños comienza por identificar qué riesgos y daños concretos se dan con el consumo de drogas de una persona o de una población, definiendo las causas de dichos riesgos y daños, y determinando qué se puede hacer para limitarlos. En Tailandia, este planteamiento podría suponer animar a los consumidores de metanfetamina a fumársela en lugar de inyectársela, con el fin de evitar los daños asociados con la inyección. En Ucrania, por ejemplo, esto ha llevado a que los profesionales de la reducción de daños identifiquen una desigualdad de acceso a la atención de la salud reproductiva entre las mujeres que consumen drogas y a desarrollar servicios innovadores como respuesta.³⁰ En los Estados Unidos, hay programas de reducción de daños que han utilizado la localización geográfica para definir 'puntos calientes' donde las personas que se inyectan drogas se quedan más a menudo sin jeringuillas nuevas y esterilizadas, con el objetivo de dirigir mejor los servicios de PIAJ.³¹
- **se fundamenta en pruebas empíricas y tiene una buena relación entre coste y eficacia** – los enfoques de reducción de daños se basan en la ciencia de la salud pública y los conocimientos prácticos, y emplea métodos que suelen ser de bajo coste y tienen un gran impacto. Nuevas pruebas sobre la eficacia de métodos para esterilizar jeringuillas, por ejemplo, han generado una atención renovada sobre cómo apoyar a las personas que las reutilizan.³² Hay también una creciente literatura sobre la buena relación entre coste y eficacia de las intervenciones de reducción de daños, sobre todo en lo que respecta al intercambio de agujas y los TSO.³³
- **es progresiva** – tal como explica HRI, “los profesionales de la reducción de daños reconocen la importancia de cualquier cambio positivo que las personas realizan en sus vidas. Las intervenciones de reducción de daños son de carácter facilitador y no coercitivo, y (...) están concebidas para satisfacer las necesidades de las personas en ese momento específico de sus vidas”.³⁴ Este principio se desarrolla en un sinnúmero de formas en la labor cotidiana de los proveedores de servicios de reducción de daños, que van desde trabajar con las personas a reducir los daños inmediatos asociados con el consumo caótico de *crack* de cocaína en Río de Janeiro, pasando por ayudar a las personas que consumen drogas a encontrar una vivienda en Nueva York.
- **está arraigada en la dignidad y la compasión** – un enfoque de reducción de daños ve a las personas que consumen drogas como miembros valiosos de la comunidad, además de como amigos, familiares y compañeros, y, por lo tanto, rechaza todo tipo de discriminación, estereotipos y estigmatización. El proyecto de reducción de daños *COUNTERfit*, en la ciudad canadiense de Toronto, utilizó este principio para desarrollar unas directrices para el lugar de trabajo respetuosas con los consumidores de drogas, las cuales tuvieron una gran influencia.³⁵ Los primeros programas de reducción de daños en Irán promovieron un entorno abierto y de aceptación, y generaron unos sólidos argumentos a favor de la reducción de daños desde una perspectiva islámica, con el fin de llegar a una población extremadamente marginada de personas que se inyectan drogas.³⁶

- **reconoce la universalidad y la interrelación de los derechos humanos** – la Alta Comisionada de la ONU para los Derechos Humanos, Navanathem Pillay, manifestó que “las personas que consumen drogas no pierden sus derechos humanos, como el derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible, a servicios sociales, a empleo, a gozar de los beneficios del progreso científico, a no ser objeto de detención arbitraria y a no padecer torturas ni tratos crueles e inhumanos” (véase el [apartado 1.2: Garantía del cumplimiento de los derechos y las libertades fundamentales](#)).³⁷
- **cuestiona las políticas y prácticas que maximizan los daños** – el entorno político en el que tiene lugar el consumo de drogas desempeña un papel importante en la creación de los daños vinculados con el consumo de drogas. La reducción de daños, por tanto, busca reducir los daños asociados con la política de drogas, igual que persigue limitar los daños derivados del consumo de sustancias. En gran parte de Europa occidental y central, esta perspectiva ha llevado a los gobiernos a descriminalizar el consumo de drogas y, en algunos países, como Portugal, este paso se ha traducido en mejoras significativas para la salud pública.³⁸ En otros países, el objetivo ha sido eliminar políticas que impiden a las personas que se inyectan drogas acceder a tratamiento del VIH,³⁹ TSO y otros cuidados médicos que salvan vidas.
- **valora la transparencia, la responsabilidad y la participación** – los profesionales que trabajan en la reducción de daños, los donantes, los funcionarios públicos y otros actores tienen, en última instancia, una responsabilidad ante las personas que consumen drogas. La reducción de daños persigue garantizar esa responsabilidad priorizando la participación y el liderazgo de las personas que consumen drogas en la elaboración y la aplicación de políticas y programas que les afectan. Entre los ejemplos de este principio cabe citar el papel protagonista de las personas que consumen drogas en la concepción y construcción del movimiento para la reducción de daños en los Estados Unidos, las reivindicaciones de las organizaciones de reducción de daños para que las personas que consumen drogas estén representadas en sus juntas directivas, la ‘Declaración de Vancouver’ de 2006⁴⁰ y la creación de la Red Internacional de Personas que Usan Drogas (INPUD).

Cuadro 2. El proyecto Acción comunitaria para la reducción de daños

El proyecto Acción comunitaria para la reducción de daños (CAHR) constituye un ejemplo de cómo se pueden incorporar los principios de reducción de daños en un programa integral. El objetivo del proyecto CAHR es ampliar el acceso a los servicios de reducción de daños entre las personas que se inyectan drogas en Kenia, China, India, Indonesia y Malasia. El proyecto es excepcional en su enfoque para desarrollar y expandir servicios a personas que se inyectan drogas apoyando iniciativas comunitarias de base, construyendo alianzas pragmáticas con autoridades locales, centros de salud pública y académicos, y abordando las políticas y barreras estructurales a la sostenibilidad del programa.

El proyecto hace un gran hincapié en la potenciación de la capacidad local de las organizaciones comunitarias y en el intercambio de conocimientos y experiencias para introducir intervenciones básicas de reducción de daños en Kenia, mejorar el acceso a servicios de apoyo comunitarios en China, mejorar la calidad de los programas de cambio conductual en India y Malasia, y ampliar servicios de reducción de daños de calidad a nuevas comunidades entre la población que consume drogas inyectadas en Indonesia.

Cuenta también con una fuerte agenda en materia de políticas que viene definida por el objetivo pragmático de desarrollar servicios de VIH y consumo de drogas basados en las pruebas empíricas disponibles. Las experiencias del proyecto sobre el terreno se utilizan para influir en los debates normativos, tanto a escala nacional como internacional. Finalmente, entre los objetivos del proyecto CAHR está también la participación plena y significativa de las personas que consumen drogas en el diseño de políticas y programas, así como un firme compromiso con la protección y el fomento de los derechos humanos.⁴¹

Una amplia gama de intervenciones

Las intervenciones de reducción de daños se refuerzan entre sí y maximizan la eficacia desde el punto de vista de los resultados sanitarios.

La reducción de daños entraña un enfoque holístico para abordar la salud de las personas que consumen drogas. La OMS recomienda el uso de un paquete integral de intervenciones de reducción de daños⁴² y reconoce que dichas intervenciones se refuerzan entre sí y maximizan la eficacia desde el punto de vista de los resultados sanitarios. Las pruebas también demuestran que los servicios de reducción de daños conducen a un incremento en el acceso a las intervenciones generales de atención de la salud. En las

páginas que siguen, se presenta una muestra, aunque no exhaustiva, de intervenciones de reducción de daños de base empírica y con buena relación entre coste y eficacia:

Programas de intercambio de agujas y jeringuillas (PIAJ)

La intervención más emblemática de la reducción de daños es el suministro de equipos esterilizados para la inyección, con el fin de reducir la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea. Estos programas también previenen infecciones cutáneas y en tejidos blandos (como abscesos y celulitis), que suelen derivarse del uso de material de inyección no esterilizado. Los PIAJ también sirven como una pasarela a través de la que las personas pueden acceder a toda una serie de servicios sociales y sanitarios, como la atención primaria de salud, el tratamiento de drogas, etcétera.

El éxito de estos programas depende de una amplia gama de factores. Entre ellos estarían, por ejemplo, la participación de las personas que consumen drogas en el diseño y la ejecución del servicio; la accesibilidad y el alcance de la cobertura; la adaptabilidad del servicio ante los cambios en los patrones locales del consumo de drogas;⁴³ la interacción con los organismos de aplicación de la ley para que éstos no interfieran en los servicios;⁴⁴ y la consulta con el conjunto de la comunidad.⁴⁵

Aunque muchos de los primeros PIAJ se desarrollaron fundamentalmente para personas que consumían heroína y cocaína inyectadas, hoy en día la reducción de daños abarca todo el espectro del uso de drogas. Con un concepto parecido al de los PIAJ, Canadá y los Estados Unidos, por ejemplo, promovieron el desarrollo de material más seguro para fumar *crack* con el fin de reducir el riesgo potencial de quemaduras, infecciones pulmonares y posible contagio de hepatitis y otras infecciones a través del contacto sanguíneo por el uso compartido de pipas.⁴⁶ Los programas orientados a la metanfetamina, como *Crystal Clear* en la ciudad canadiense de Vancouver, han utilizado programas inter pares para adaptar el enfoque tanto al consumo inyectado como no inyectado (véase el [cuadro 4](#)).

Espacios para el consumo de drogas

Algunos gobiernos, como es el caso de Australia, Canadá, España, Alemania y Suiza, han establecido espacios para el consumo de drogas.⁴⁷ Se trata de centros supervisados a los que las personas pueden llevar sus propias drogas e inyectárselas (o, en algunos lugares, fumárselas) sin temor a ser arrestadas, y donde se encuentra personal médico para atender las sobredosis u otros problemas de salud. Estos espacios han tenido unos resultados especialmente positivos en la reducción de la mortalidad por sobredosis: las muertes en el barrio donde está ubicado *Insite*, el espacio para consumo de drogas de Vancouver, cayeron un 35 por ciento en el año en que abrió el centro.⁴⁸

Tratamiento de la dependencia de drogas

Actualmente, el método de base empírica más utilizado para la dependencia de drogas es el tratamiento de sustitución de opioides (TSO) con metadona o buprenorfina. Algunos países también prescriben heroína farmacéutica (diacetilmorfina) como sustituto para la heroína de la calle, que suele estar adulterada. Los programas de TSO han demostrado que pueden reducir o eliminar el consumo

de drogas inyectadas, rebajar la delincuencia y mejorar un amplio abanico de indicadores de salud y bienestar social.⁴⁹ Los TSO desempeñan un papel fundamental como apoyo al cumplimiento del tratamiento del VIH,⁵⁰ la hepatitis C y la tuberculosis⁵¹ entre las personas dependientes de opioides y son además una herramienta potente para la prevención de sobredosis.⁵² Aunque no se dispone aún de tratamientos de sustitución para sustancias no opioides, hay otras alternativas terapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual y otros enfoques psicosociales, que están respaldados por evidencias de salud pública. Para más información, véase el [apartado 3.3: Tratamiento de la dependencia de drogas](#).

Prevención de las sobredosis

La sobredosis es algo experimentado por un porcentaje significativo de las personas que consumen opioides en algún momento de su vida y es una de las principales causas de muerte entre los consumidores de drogas inyectadas, y los jóvenes en general, en muchos países. En los años noventa, en el Reino Unido, los Estados Unidos y otros lugares (véase el [cuadro 3](#)) se crearon programas para educar a los usuarios, sus amigos y familias sobre la prevención de la sobredosis y la respuesta ante ella, y para distribuir naloxona, un fármaco que bloquea de forma rápida y segura los efectos de los opioides, anulando así la crisis respiratoria que puede conducir a la muerte. En los últimos años, estos programas se han ido generalizando más, desde Vietnam a Tayikistán, pasando por Puerto Rico y Eslovaquia, y existen pruebas crecientes de que han contribuido a reducciones significativas en la mortalidad.^{53,54} Los espacios para el consumo de drogas y centros de TSO son también herramientas importantes para la prevención de sobredosis (véase arriba). La sobredosis de cocaína, que está implicada en un gran número de muertes en algunos países,⁵⁵ plantea un desafío porque no existe ningún fármaco equivalente a la naloxona que pueda ser administrado por personas no expertas. Otras políticas para dar apoyo a la prevención de sobredosis incluyen, entre otras, la mejora de los servicios médicos de urgencias para las sobredosis, las 'leyes de buen samaritano' que protejan a las personas que respondan ante las sobredosis de posibles responsabilidades, y el incremento de la vigilancia y la investigación sobre las sobredosis.

Cuadro 3. Los primeros programas para la prevención de sobredosis en la ciudad de Nueva York

Después de años de una creciente mortalidad por sobredosis y del fallecimiento de muchos participantes en programas de reducción de daños, e inspirados por sus compañeros de Chicago, San Francisco y Nuevo México, tres programas comunitarios de reducción de daños pusieron en marcha los primeros programas de prevención de sobredosis en la ciudad de Nueva York en 2004, que incluían la distribución de naloxona entre personas que consumían opioides. Los tres programas abarcaban una zona geográficamente diversa de la ciudad, contaban con un programa de servicios de reducción de daños para jóvenes y, rápidamente, pasaron de ser un servicio periódico de pequeña escala a un servicio amplio que proporcionaba formación en las calles e inundaba las comunidades con información y herramientas para prevenir y manejar las sobredosis. A mediados de 2006, tras una evaluación de los primeros proyectos, el gobierno de la ciudad de Nueva York asumió la iniciativa, aportando fondos suficientes para apoyar programas contra la sobredosis en todas las organizaciones de reducción de daños de la ciudad y para contratar a tiempo completo a un director médico para el programa. En los dos años siguientes, la mortalidad por sobredosis cayó en un 27 por ciento en la ciudad,⁵⁶ y algunos datos no publicados indican que esta tendencia se ha mantenido. Desde entonces, se han multiplicado en todo el mundo cientos de proyectos parecidos, inspirados en el sencillo modelo promovido originalmente en los Estados Unidos y en algunos lugares de Europa occidental.

Prevención, pruebas de detección y tratamiento del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual

Los preservativos y los servicios y programas sobre salud sexual, como en el caso de cualquiera que esté en situación de riesgo de transmisión sexual del VIH y otras ITS, deben estar a disposición de las personas que consumen drogas y de sus parejas sexuales. Las pruebas de detección y el tratamiento de ITS se vinculan a menudo con los servicios de reducción de daños, en parte porque este tipo de infecciones –especialmente aquellas que provocan lesiones genitales– pueden incrementar el riesgo de contagio del VIH. Otra de las actividades clave de la reducción de daños es el asesoramiento voluntario sobre el VIH y las pruebas de detección del virus, y se debería vincular con medidas para poner en contacto a las personas recién diagnosticadas con servicios de atención y tratamiento. Hay estudios que demuestran que las personas con un historial de consumo de drogas inyectadas demuestran un éxito con el tratamiento del VIH comparable al de las personas que no usan drogas.⁵⁷

Prevención, pruebas de detección y tratamiento de la hepatitis viral

Las vacunas contra la hepatitis A y B son sumamente efectivas y se deberían poner a disposición de todas las personas en riesgo de contraer una infección de este tipo, especialmente de aquellas que usan drogas inyectadas. Globalmente, en torno al 90 por ciento de los nuevos casos de hepatitis C está relacionado con el consumo de drogas inyectadas, y aunque no existe una vacuna para esta infección concreta, la inmunización contra la hepatitis A y B puede mejorar los resultados clínicos de las personas con hepatitis C. En los últimos años, se han producido avances notables en el tratamiento de la hepatitis C, y éste se debería poner a disposición de toda persona que lo requiera, independientemente de si consume o no drogas.⁵⁸

Prevención y tratamiento de la tuberculosis

Las personas que tienen un sistema inmunitario vulnerable, como aquellas que viven con el VIH, se encuentran en una situación de alto riesgo de contraer una infección activa de tuberculosis, especialmente en entornos cerrados como las prisiones y en países con tuberculosis endémica.⁵⁹ La tuberculosis es la principal causa de muerte de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, entre las que se encuentran aquellas con VIH y consumidoras de drogas, y sobre todo en Europa oriental y Asia central, donde han proliferado cepas resistentes a múltiples medicamentos. Los programas de reducción de daños como los de *Anti-AIDS Foundation* en Tomsk, Rusia, han respondido ante esta realidad poniendo en marcha medidas de seguimiento, educando a las personas que consumen drogas sobre la prevención de la tuberculosis y apoyando a las personas que siguen un tratamiento contra la tuberculosis.

Servicios de salud mental, bienestar social y afines

Aunque en ocasiones no se consideran estrategias básicas de reducción de daños, hay algunos otros servicios que se suelen ofrecer a las personas que consumen drogas. Las enfermedades psiquiátricas, por ejemplo, son más prevalentes entre las personas dependientes de drogas que entre la población general.^{60,61} Las depresiones graves, los trastornos de estrés postraumático y otras afecciones pueden exacerbar las conductas de riesgo relacionadas con las drogas, y el consumo de sustancias puede complicar la atención psiquiátrica. El estrés crónico vinculado con circunstancias sociales, económicas o de otra índole también puede influir en el consumo de drogas y la comorbilidad psiquiátrica (para más información, véase el [apartado 3.1: Prevención del consumo de drogas](#)).⁶² El centro de reducción de daños del barrio neoyorquino de *Lower East Side*, por ejemplo, ha creado un equipo de profesionales de la salud mental para dar apoyo a los usuarios con trastornos psiquiátricos, además de contar con servicios de vivienda, asesoramiento jurídico y manejo de los casos para coordinarse los servicios sanitarios y sociales.

Apoyo a los grupos con mayor riesgo de experimentar daños relacionados con las drogas

Algunos grupos, entre los que se contarían mujeres, jóvenes y minorías, se encuentran en una situación de mayor riesgo de experimentar daños relacionados con las drogas por motivos de discriminación, relaciones de poder y otros factores. Los programas de reducción de daños, en consecuencia, tienen la responsabilidad de identificar a las personas en sus comunidades que pueden afrontar problemas singulares en términos de consumo de drogas, y desarrollar los servicios apropiados.

Jóvenes

Aunque muchas personas jóvenes consumen drogas,⁶³ la mayoría de los servicios de reducción de daños están pensados para adultos. Como aspecto más evidente, los jóvenes suelen tener un historial de consumo de drogas más breve que los adultos, y puede que tengan conductas de riesgo diferentes, además de circunstancias sociales, económicas y jurídicas distintas. Pueden también hallarse en situación de riesgo de explotación por parte de adultos. Por todos estos motivos, se necesitan programas de reducción de daños dirigidos específicamente a jóvenes, aunque muchos países carecen de ellos (véase el cuadro 4). También existen muchas barreras que impiden a los jóvenes acceder a servicios

de reducción de daños, como el consentimiento de los padres. Estas barreras se deberían eliminar. Los programas de reducción de daños orientados a los jóvenes que han cosechado éxito, como *The Way Home* en Odessa, Ucrania, y *Homeless Youth Alliance* en San Francisco, Estados Unidos, han dado a los jóvenes una voz protagonista en el diseño y la administración de los programas, y surgen a partir de un enfoque de salud basado en los derechos. Otras intervenciones se han dirigido hacia los jóvenes en entornos de ocio nocturno, desde folletos de información sobre drogas a servicios de análisis de sustancias, pasando por la difusión de información en páginas web y otras iniciativas.⁶⁴

La reducción de daños debería abordar las necesidades específicas de los grupos en situación de mayor riesgo de experimentar daños relacionados con las drogas.

Cuadro 4. Servicios de reducción de daños para jóvenes

El proyecto de reducción de daños *Crystal Clear*, en la ciudad canadiense de Vancouver, arrancó en 2003 como un curso de formación inter pares de tres meses, destinado a jóvenes en las calles y centrado en su consumo de metanfetamina. Con el apoyo de organismos de salud municipales y nacionales, *Crystal Clear* se fue expandiendo hasta convertirse en un programa estable que abarca actividades como divulgación inter pares, desarrollo de capacidades de liderazgo, formación sobre reducción de daños y servicios de salud, e interacción con otras organizaciones cívicas y gubernamentales para representar a los jóvenes que consumen metanfetamina. El proyecto también ha elaborado un manual publicado por la Autoridad de Salud Costera de Vancouver, titulado, en inglés, *Crystal Clear: a practical guide for working with peers and youth*.⁶⁵

En la misma línea, *Youth RISE*, una red internacional de reducción de daños juvenil, se estableció en 2006 para abogar por servicios y políticas de alta calidad destinadas a jóvenes en este campo. *Youth RISE*, cuyos principios se fundamentan en un liderazgo inter pares y en los derechos humanos (incluida la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño a la reducción de daños), desarrolló, entre otras cosas, un programa piloto que consistía en talleres sobre reducción de daños para jóvenes en Rumania, India, México y Canadá. Finalizado el programa, elaboró un manual de formación junto con Espolea, una organización juvenil de Ciudad de México que trabaja sobre cuestiones de SIDA, género y políticas de drogas.⁶⁶

Mujeres

Aunque las mujeres representan una minoría entre las personas que se inyectan drogas en la mayoría de los países, suelen afrontar una situación de estigmatización y marginación social específica por su uso de sustancias debido a las percepciones culturales. Hay varios factores que incrementan el riesgo de que las mujeres experimenten daños relacionados con las drogas, como la misoginia; las relaciones desiguales de poder social y económico frente a los hombres; la discriminación, extorsión o violencia sexual perpetrada por los agentes de aplicación de la ley y otros actores; la discriminación por parte de los proveedores de salud pública, especialmente hacia las mujeres embarazadas que consumen drogas; y el predominio de los programas de tratamiento y reducción de daños dirigidos fundamentalmente a hombres. En comparación con los hombres, es menos probable que las mujeres que consumen drogas adquieran las drogas ellas mismas, sepan como efectuar una inyección adecuadamente y accedan a servicios de reducción de daños. Las mujeres embarazadas y con hijos que consumen drogas inyectadas son especialmente vulnerables.⁶⁷ Algunos programas de reducción de daños han abordado estos problemas de varias formas (véase el cuadros 5 y 6), como creando espacios y grupos de apoyo reservados exclusivamente a mujeres, adaptando los modelos de sensibilización a las mujeres, y desarrollando una serie de servicios de salud sexual y reproductiva destinados específicamente a las necesidades de las mujeres que consumen drogas. También se han formado redes mundiales para defender los derechos de las mujeres que consumen drogas, como la Red Internacional de Mujeres que Usan Drogas (INWWUD) y la Red Internacional de Mujeres para la Reducción de Daños (WHRIN).

Cuadro 5. Creación de servicios para mujeres que consumen drogas en Ucrania y Rusia

En respuesta a los problemas concretos que afrontan las mujeres que consumen drogas, las organizaciones de reducción de daños de Ucrania y Rusia han realizado en los últimos años importantes avances en el establecimiento de servicios modelo. Tras descubrir que en torno a dos tercios de las mujeres que consumían drogas en su ciudad carecían de acceso a los servicios de salud, la *Anti-AIDS Foundation* de Tomsk, en Siberia occidental, creó un espacio exclusivo para mujeres que se ha traducido en un mejor vínculo con la medicina y aceptación de los servicios de reducción de daños por parte de las mujeres, y en un incremento de más del 100 por ciento en el número de mujeres que se realizan exámenes de detección del VIH. Siguiendo una línea parecida, la *Humanitarian Action Foundation* en San Petersburgo gestiona un bus que ofrece información y servicios de extensión a las trabajadoras sexuales, así como uno de los pocos centros de acogida de Rusia para mujeres con hijos pequeños.⁶⁸

Algunas sencillas medidas que centren más su atención en llegar más a las mujeres pueden tener un impacto notable en el acceso a los servicios. De este modo, la organización *Virtus*, en la ciudad ucraniana de Dnipropetrovsk, fue testigo de un aumento del 50 por ciento en el número de mujeres usuarias, y del 80 por ciento en el número de mujeres usuarias con hijos. Por su parte, el programa MAMA+ en Kyiv, capital de Ucrania, ofrece un modelo de servicio más intensivo para las mujeres que viven con el VIH. MAMA+ ha incrementado el porcentaje de usuarias que consumen drogas, y proporciona servicios de pruebas de detección y tratamiento del VIH, asesoramiento, planificación familiar, atención ginecológica, cuidado de niños, consulta nutricional, apoyo multidisciplinar a mujeres embarazadas, visitas a domicilio y asistencia jurídica.⁶⁹

Cuadro 6. Centro abierto para mujeres que se inyectan drogas en Manipur, India

Aunque las mujeres representan un pequeño porcentaje de las personas que consumen drogas inyectadas en Manipur, India, son un sector muy vulnerable a las infecciones de transmisión sanguínea, especialmente al VIH. En colaboración con *Social Awareness Service Organization* (SASO), la Alianza Internacional VIH/SIDA India desarrolló un programa para cubrir las necesidades inmediatas de estas mujeres y promover el acceso de ellas y sus parejas a los servicios de reducción de daños.⁷⁰

En el marco del proyecto, se estableció un centro abierto en el que se apoya a las mujeres con servicios como PIAJ, preservativos gratuitos, exámenes de salud (como atención sanitaria básica), desintoxicación de base clínica, TSO, asesoramiento y servicios de derivación hacia otras instituciones para la salud reproductiva y la atención del VIH. El centro abierto también ofrece actividades recreativas, como ver la televisión o leer diarios y revistas, y un espacio donde charlar con las amigas y el personal. Las mujeres también se pueden bañar y utilizar paquetes de maquillaje proporcionados por el centro. Finalmente, el centro funciona como un espacio para reuniones de autoayuda y grupos de apoyo, así como para clases de formación. Como las mujeres que consumen drogas constituyen un grupo especialmente marginado de la sociedad, el principal objetivo del centro es llegar a ellas y animarlas a acceder a servicios de reducción de daños y de atención general de la salud.⁷¹

Grupos minoritarios

Algunos grupos minoritarios, como los de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero, intersexuales y 'queer' (LGBTTIQ), minorías raciales o étnicas, inmigrantes o refugiados, pueden encontrarse en una situación de mayor riesgo de experimentar daños relacionados con las drogas debido a la discriminación, presiones jurídicas o económicas, y barreras de acceso a servicios. Los servicios locales de reducción de daños deberían estar explícitamente diseñados para que los grupos minoritarios puedan acceder a ellos, y se deberían desplegar como proyectos de colaboración entre los responsables de la formulación de políticas y las comunidades afectadas. También deberían ser accesibles a las minorías en su propio idioma y estar adaptados culturalmente.⁷² Hay numerosos ejemplos positivos en este sentido (véase el [cuadro 7](#)), como servicios de PIAJ destinados a comunidades minoritarias uzbekas en Osh, Kirguistán, o a población roma (gitana) en Bucarest, Rumania, y programas de asesoramiento inter pares sobre la reducción de daños para estimulantes de tipo anfetamínico en la *AIDS Foundation* de San Francisco.

Cuadro 7. Protección de la salud de grupos minoritarios en Australia y Rumania

Ya sea en Londres, Chiang Mai o Zanzíbar, las minorías raciales y étnicas suelen disponer de un acceso relativamente escaso a los servicios de reducción de daños; en el caso de poder acceder a ellos, éstos suelen ser culturalmente menos apropiados.

En Australia, los índices de consumo de drogas, VIH, hepatitis viral y problemas sanitarios afines son considerablemente mayores entre las comunidades aborígenes (indígenas) que entre los australianos de ascendencia europea.⁷³ Aunque los servicios de drogas para los australianos aborígenes cuentan con una larga trayectoria, las iniciativas para ampliarlos son más recientes. Entre ellas, se cuenta la participación del Consejo Nacional sobre Estupefacientes, un organismo gubernamental, y alianzas entre organizaciones clave, como la Organización para el Control de la Salud de la Comunidad Nacional Aborigen (NACCHO) y la Liga Australiana de Usuarios de Drogas Inyectadas e Ilícitas (AIIDUL).

En Rumania, la comunidad gitana (roma) es un significativo grupo minoritario con una representación excesiva en los índices de pobreza, salud precaria y consumo de drogas. Desde que se crearon los primeros programas de reducción de daños en Bucarest, a fines de los años noventa, sus servicios se han destinado a las comunidades roma, han funcionado con personal roma y han elaborado materiales en el dialecto romaní local. Las comunidades roma presentan una profunda estigmatización del consumo de drogas, lo cual ha generado barreras para acceder a los servicios. Para responder a esta situación, la organización *Sastipen*, especializada en servicios de salud para esta comunidad, puso en marcha en 2009 la primera iniciativa de reducción de daños dirigida exclusivamente por personas de la comunidad roma en el distrito Ferentari de Bucarest. Entre otras tácticas, los servicios básicos de salud preventiva de *Sastipen* se pusieron a disposición de toda la comunidad, como forma de incrementar la aceptación general del programa de reducción de daños.

Recomendaciones

- 1) Partiendo de las pruebas de salud pública, de carácter económico y de otra índole, se debería adoptar un paquete de servicios y políticas de reducción de daños en todos los lugares donde prevalece el consumo de drogas inyectadas, con miras a promover el acceso a servicios y material de atención de la salud y a reducir las consecuencias negativas no deseadas de políticas sociales, sanitarias y de delincuencia.
- 2) La reducción de daños no debería conceptualizarse como un servicio autónomo, sino más bien como un enfoque integrado que se complementa con todos los niveles de servicios sanitarios, sociales y de otro tipo con los que entran en contacto las personas que consumen drogas. La reducción de daños, por lo tanto, se debería integrar siempre que sea posible en los tratamientos de drogas, la atención primaria y especializada de la salud, los servicios sociales y los sistemas de justicia.
- 3) La reducción de daños busca empoderar a las personas que consumen drogas para que éstas mejoren su salud y manejen, alivien o eliminen las consecuencias negativas de dicho consumo. Así, los programas se deberían evaluar en función del principal objetivo de la reducción de daños: generar cualquier cambio positivo. Aunque la abstinencia es uno de los posibles resultados de los enfoques de reducción de daños, limitar el 'éxito' a objetivos que sólo persiguen esta meta se contradice con las pruebas científicas existentes sobre la dependencia de drogas e ignora el gran valor que suponen otros muchos pasos graduales y positivos para las personas y la sociedad.
- 4) Los servicios de reducción de daños deberían ser lo más integrales posible en un determinado entorno y perseguir al menos abordar los siguientes puntos, ya sea de forma directa o mediante redes de derivación: prevención del VIH, la hepatitis, las TSI y la tuberculosis, y vínculos con atención y tratamiento; promoción de prácticas de consumo de drogas más seguras; prevención de la sobredosis y respuesta a ella; y necesidades básicas de bienestar social y de salud mental.
- 5) Se deberían establecer, mejorar o ampliar programas de reducción de daños destinados a mujeres, jóvenes y minorías que consumen drogas, con el fin de garantizar que dichos grupos gocen de igual acceso a los servicios apropiados.

- 6) Los programas de reducción de daños y las políticas de drogas ganan en legitimidad cuando las personas que consumen sustancias participan de forma significativa en su desarrollo, aplicación y evaluación. Las organizaciones de reducción de daños y sus aliadas, así como los organismos gubernamentales, deberían fomentar el desarrollo de organizaciones comunitarias de personas que consumen drogas, y deberían asegurarse de que éstas últimas estén representadas en todos los niveles de toma de decisiones y ejecución de políticas, y de manera que apoyen activamente la participación.
- 7) Resulta crucial que todas estas intervenciones para la reducción de daños se extiendan a los entornos penitenciarios (para más información, véase el [apartado 2.4: Intervenciones eficaces en materia de drogas en las cárceles](#)).

Recursos clave

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association* (London: HRI), http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf

Harm Reduction International (2010), *The global state of harm reduction 2010* (London: International Harm Reduction Association), <http://www.ihra.net/contents/245>

International HIV/AIDS Alliance (2010), *Good practice guide: HIV and drug use* (Hove: International HIV/AIDS Alliance), <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS website, *Minimum requirements for effective HIV prevention programming – Know your epidemic and your current response*, http://hivpreventiontoolkit.unaids.org/Knowledge_Epidemic.aspx

Open Society Foundations & The Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Why overdose matters for HIV* (New York: Open Society Foundations and The Eurasian Harm Reduction Network), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/why-overdose-matters-20100715

Schiffer, K. (2011), *'Nothing about us, without us' – participation of drug users in health services and policy making* (Amsterdam: Correlation Network), http://www.correlation-net.org/files/peer_involvement.pdf

Sorge, R. & Kershner, S. (1998), *Getting off right: a safety manual for injection drug users*. (New York: Harm Reduction Coalition), <http://www.harmreduction.org/article.php?id=1204>

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2009), *WHO, UNODC, UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* (Geneva: World Health Organization), <http://www.who.int/hiv/idu/TechnicalGuideTargetSettingApril08.pdf>

Notas

- 1 Mathers, D.M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S., *et al.* (2008), 'Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet*, **372**(9651): 1733–1745, [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61311-2/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61311-2/fulltext)
- 2 Aceijas, C., Stimson, G.V., Hickman, M. & Rhodes, T. (2004) 'Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users', *AIDS*, **18**(17): 2295–2303, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15577542>
- 3 Ibid.
- 4 Reid, S.R. (2009), 'Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review', *Harm Reduction Journal*, **6**: 24.
- 5 Descarga de la presentación disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_13402_EN_11%20JV%20Epidemiological%20Situation%20D-R%20Deaths.pdf
- 6 Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P., Buster, M., *et al.* (2005), 'Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries', *European Journal of Public Health*, **16**(2): 198–202, <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/16/2/198>
- 7 Warner, M., Chen, L.H. & Makuc, D.M. (2009), *Increase in fatal poisonings involving opioid analgesics in the United States, 1999–2006. NCHS data brief, no. 22* (Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics).
- 8 Seal, K.H., Downing, M., Kral, A.H., Singleton-Banks, S., Hammond, J.P., Lorvick, J., *et al.* (2003), 'Attitudes about prescribing take-home naloxone to injection drug users for the management of heroin overdose: a survey of street-recruited injectors in the San Francisco Bay Area', *Journal of Urban Health*, **80**(2): 191–301.
- 9 Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. & Hall, W. (2001), *Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences, and interventions* (Woden, ACT, Australia: Australian National Council on Drugs).
- 10 Bartlett, N., Deming, X., Hong, Z. & Bamian, H. (2011), 'A qualitative evaluation of a peer-implemented overdose response pilot project in Gejiu, China', *International Journal of Drug Policy*, **22**(4): 301–305.
- 11 Bergenstrom, A., Quan, V.M., Van Nam, L., McClausland, M., Thuoc, N.P., Celentano, D., *et al.* (2008), 'A cross-sectional study on prevalence of non-fatal drug overdose and associated risk characteristics among out-of-treatment injecting drug users in North Vietnam', *Substance Use & Misuse*, **43**(1): 73–84.
- 12 Ermak, T.N., Kravchenko, A.V., Shakhgildyan, V.I. & Ladnaya, N.N. (2009), *Causes of death among people living with HIV in Russia*. Presentation at the All-Russian Congress on Infectious Disease; Moscow, Russian Federation, 30 March to 1 April, 2009.
- 13 Coffin, P. (2008), *Overdose: a major cause of preventable death in Central and Eastern Europe in Central Asia* (Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network), <http://www.harm-reduction.org/library/1344-overdose-a-major-cause-of-preventable-death-in-central-and-eastern-europe-in-central-asia-recommendations-and-overview-of-the-situation-in-latvia-kyrgyzstan-romania-russia-and-tajikistan.html>
- 14 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009), *Informe anual 2009* (Lisboa: OEDT), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_ES_EMCDDA_AR2009_ES.pdf
- 15 Gilson, A.M. & Kreis, P.G. (2009), 'The burden of nonmedical use of prescription opioid analgesics', *Pain Medicine*, **10**(S2): S89–S100.
- 16 Ross MW, Williams, ML. (2001), 'Sexual behavior and illicit drug use', *Annual Review of Sex Research*, **12**: 290–310.
- 17 Fischer B, Powis J, Firestone Cruz M, Rudzinski K, Rehm J (2008), 'Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia', *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, **20**(1): 29–32.
- 18 Hall W, Degenhardt L, Sindicich N (2010), Illicit drug use and the burden of disease. En Patel V, Woodward A, Feigin, V., eds, *Mental and neurological public health: a global perspective*. Academic Press: San Diego, CA.
- 19 Ivsins, A., Roth, E., Nakamura, N., *et al.* (2010), 'Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada—A qualitative exploration', *International Journal of Drug Policy*, **22**(4): 292–300; Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L., *et al.* (2007), "'I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed', *International Journal of Drug Policy*, **19**(3): 255–264.
- 19 Kimber, J., Dolan, K., van Beek, I., *et al.* (2003), 'Drug consumption facilities: an update since 2000', *Drug and Alcohol Review*, **22**: 227–233.
- 20 Ibid.

- 21 New York City Department of Health and Mental Hygiene (2009), *New York City HIV/AIDS Annual Surveillance Statistics 2009* (New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene), http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/ah/surveillance2009_tables_all.pdf
- 22 En dólares estadounidenses en 2011; los datos del gobierno australiano estiman un ahorro aproximado de 800 millones de dólares australianos.
- 23 Wilson, D. (2010), *Return on investment 2: evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia 2009* (Canberra: Australian Department of Health and Aging), <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/needle-return-2>
- 24 Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf
- 25 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (Lisbon: EMCDDA), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>
- 26 Institute of Medicine of the National Academies (2006), *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence* (Washington DC: The National Academies Press), <http://www.iom.edu/Reports/2006/Preventing-HIV-Infection-among-Injecting-Drug-Users-in-High-Risk-Countries-An-Assessment-of-the-Evidence.aspx>
- 27 Harm Reduction International & Human Rights Watch (2009), *International support for harm reduction: An overview of multi-lateral endorsement for harm reduction policy and practice* (London: Harm Reduction International and Human Rights Watch), http://www.undrugcontrol.info/images/stories/IHRA_HRW_Book_of_Authorities_Jan_2009.pdf
- 28 Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association* (London: Harm Reduction International), http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf
- 29 Ibid.
- 30 Pinkham, S. & Shapoval, A. (2010), *Making harm reduction work for women: the Ukrainian experience* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harm-reduction-women-ukraine_20100429
- 31 Davidson, P.J., Scholar, S. & Howe, M. (2011), 'A GIS-based methodology for improving needle exchange service delivery', *International Journal of Drug Policy*, **2**(2): 140–144, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112757>
- 32 Paintsil, E., He, H., Peters, C., Lindenbach, B.D. & Heimer, R. (2010), 'Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users', *Journal of Infectious Diseases*, **202**(7): 984–990, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20726768>
- 33 Curtis, M. & Zelichenko, A. (2011), *An advocate's guide to economic analysis of harm reduction programs* (Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network), <http://www.harm-reduction.org/library/2255-an-advocates-guide-of-harm-reduction-programs-to-economic-analysis.html>; Harm Reduction International (2011), *Harm reduction: a low cost, high-impact set of interventions* (London: Harm Reduction International), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>
- 34 Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association* (London: Harm Reduction International), http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf
- 35 Balian, R. & White, C. (2011), *Harm reduction at work* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314
- 36 Nissaramansh, B., Trace, M. & Roberts, M. (2005), *The rise of harm reduction in the Islamic Republic of Iran* (Oxford: Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/paper_08.pdf
- 37 United Nations Press Release (10 de marzo de 2009), *High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy*, <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>
- 38 Hughes, C.E. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *British Journal of Criminology*, **50**(6): 999–1022, <http://bjc.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/bjc.azq038>
- 39 Stuijkyte, R., & Schonning, S. (2008), *ARV4IDUs in Central and Eastern Europe: Barriers to access and ways to overcome them* (Brussels: European AIDS Treatment Group), <http://www.eatg.org/eatg/Press-Room/Positions/ARV4IDUs-in-Central-and-Eastern-Europe-Barriers-to-access-and-ways-to-overcome-them>
- 40 Talking Drugs (2006), *The Vancouver Declaration: Why the world needs an international network of people who use drugs*, <http://www.talkingdrugs.org/vancouver-declaration>

- 41 El proyecto CAHR está financiado por el Ministerio del Interior de los Países Bajos y está encabezado por la Alianza Internacional VIH/SIDA y Alliance Ukraine en colaboración con otros socios: Alliance China, International HIV/AIDS Alliance en India, Rumah Cemara en Indonesia, Kenyan AIDS NGOs Consortium, Malaysian AIDS Council, IDPC, HRI, INPUD, AIDS Foundation East/West y Prévention, Information et Lutte Contre le Sida. Para más información: <http://idpc.net/policy-advocacy/special-projects/cahr-project>
- 42 World Health Organization, *Injecting drug use*, <http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/>
- 43 National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment: NICE public Health Guidance 18* (London: National Institute for Health and Clinical Excellence), <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH18Guidance.pdf>
- 44 Beaumont, W.J., de Jongh-Wieth, F.E., Slijngard, W.E., Van der Boor, A., Van Kleef, R. & de Wildt, G.R. (1993), 'Needle exchange for HIV-control in The Hague, Netherlands: an outreach service with IVDU's as intermediaries', *International Conference on AIDS*, **9**: 115 (Abstract n. WS-D12-4), <http://aegis69.aegis.org/DisplayContent/DisplayContent.aspx?sectionID=253655>
- 45 Downing, M., et al. (2006), 'What's community got to do with it? Implementation models of syringe exchange programs', *AIDS Education and Prevention*, **17**(1): 68–78, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1510902/>
- 46 Ivsins, A., Roth, E., Nakamura, N., Krajden, M. & Fischer, B. (2011), 'Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada', *International Journal of Drug Policy*, **22**(4): 292–300, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21700443>
- 47 Dagmar, H. (2004), *European report on drug consumption rooms* (Lisbon: EMCDDA), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf
- 48 Marshall, B.D.L., Milloy, M.J., Wood, E., Montaner, J.S.G. & Kerr, T. (2011), 'Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study', *The Lancet*, **377**(9775): 1429–1437, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62353-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62353-7/abstract)
- 49 World Health Organization, UN Office on Drugs and Crime, Joint UN Programme on HIV/AIDS (2004), *Position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention* (Geneva: WHO, UNODC and UNAIDS), http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf
- 50 Roux, P., Carrieri, M.P., Cohen, J., Ravoux, I., Poizot-Martin, I., Dellamonica, P., et al. (2009), 'Retention in opioid substitution treatment: a major predictor of long-term virological success for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral treatment'. *Clinical Infectious Diseases*, **49**(9): 1433–1440, <http://cid.oxfordjournals.org/content/49/9/1433.full>
- 51 Deiss, R.G., Rodwell, T.C. & Garfein, R.S. (2009), 'Tuberculosis and illicit drug use: review and update', *Clinical Infectious Diseases*, **48**(1):72–82, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19046064>
- 52 Auriacombe, M., Fatséas, M., Dubernet, J., Daulouède, J.P. & Tignol, J. (2004), 'French field experience with buprenorphine', *American Journal of Addictology*, **13**(S1): S17–28, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15204673>
- 53 Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. & Carlberg-Racich, S. (2006), 'Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths', *Journal of Addictive Diseases*, **25**(3): 89–96, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=chicago%20overdose%20maxwell>
- 54 New York City Department of Health and Mental Hygiene (2010), *NYC Vital Signs: Illicit Drug Use in New York City*, (New York: NYCDOHMH), <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/survey/survey-2009drugod.pdf>
- 55 Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., et al. (2010), 'Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies', *Drug and Alcohol Dependence*, **113**(2–3): 88–95, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20828942>
- 56 New York City Department of Health and Mental Hygiene (2010), 'Illicit drug use in New York City', NYC Vital Signs, **9**(1), <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/survey/survey-2009drugod.pdf>
- 57 Wolfe, D. & Cohen, J. (2010), 'Human rights and HIV prevention, treatment, and care for people who inject drugs: key principles and research needs', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, **55**(S1): S56–62, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21045602>
- 58 Hellard, M., Sacks-Davis, R. & Gold, J. (2009), 'Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence', *Clinical Infectious Diseases*, **49**(4): 561–573, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19589081>
- 59 Centers for Disease Control and Prevention (1992), Prevention and control of tuberculosis among homeless persons recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, **41**(RR-5): 001, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00019922.htm>
- 60 Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994), 'Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey', *Archives of General Psychiatry*, **51**: 8–19.

- 61 Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., *et al.* (1990), 'Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse', *Journal of the American Medical Association*, **264**: 2511–2518, <http://jama.ama-assn.org/content/264/19/2511.abstract>
- 62 Brady, K.T. & Sinha, R. (2005), 'Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress', *American Journal of Psychiatry*, **162**: 1483–1493, <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=162&page=1483&journalID=13>
- 63 Chatterjee, S., Tempalski, B., Pouget, E.R., Cooper, H.L., Cleland, C.M. & Friedman, S.R. (2011), 'Changes in the prevalence of injection drug use among adolescents and young adults in large U.S. metropolitan areas', *AIDS and Behavior*, **15**(7):1570–1578, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21739288>
- 64 EXASS Net (May 2009), Safer nightlife – 5th Meeting of EXASS Network in Budapest, Hungary, 4-6 May 2009.
- 65 Vancouver Coastal Health. Crystal Clear: a practical guide for working with peers and youth (Vancouver: Vancouver Coastal Health), http://www.vancouveragreement.ca/wp-content/uploads/2006_Crystal-Clear-A-Practical-Guide.pdf
- 66 Youth RISE & Espolea (2010), Una guía para capacitadores juveniles para la impartición de educación sobre salud sexual y la reducción de daños relacionados con las drogas, <http://youthrise.org/sites/default/files/files/RISE%20UPI%20A%20Young%20peer%20trainers%20guide.%20Spanish.pdf>
- 67 Global Coalition of Women and AIDS (2011), *Women who use drugs, harm reduction and HIV* (Geneva: Global Coalition of Women and AIDS), <http://idpc.net/sites/default/files/library/women-drugs-HIV-harm-reduction.pdf>; Pinkham, S. & Malinowska-Sempruch, K. (2007), *Women, harm reduction, and HIV* (New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/women_20070920/women_20070920.pdf
- 68 Open Society Foundations (2011), *By women, for women: new approaches to harm reduction in Russia* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/russia-women-harmreduction-20110803/russia-women-harmreduction-20110803.pdf
- 69 Pinkham, S. & Shapoval, A. (2010), *Making harm reduction work for women: the Ukrainian experience* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harm-reduction-women-ukraine_20100429/harm-reduction-women-ukraine_20100429.pdf
- 70 India HIV/AIDS Alliance & Social Awareness Service Organisation (2011), *In the shadows: the Chanura Kol baseline study on women who inject drugs in Manipur, India*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/In%20the%20shadows.pdf>
- 71 International HIV/AIDS Alliance in India & Social Awareness Service Organisation (2007), *Breaking new ground, setting new signposts - A community-based care and support model for injecting drug users living with HIV*, http://www.aidsallianceindia.net/Material_Upload/document/Breaking%20New%20Ground,%20Setting%20New%20Signposts.pdf
- 72 Blume, A.W. & Lovato, L.V. (2010), 'Empowering the disempowered: harm reduction with racial/ethnic minority clients'. *Journal of Clinical Psychology*, **66**: 1–12, <http://www3.interscience.wiley.com/journal/123207013/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
- 73 Australian National Council on Drugs (2011), *Injecting drug use and associated harms among Aboriginal Australians* (Australian Capital Territory: Australian National Council on Drugs), http://www.ancd.org.au/images/PDF/Researchpapers/rp22_injecting_drug_use.pdf

3.3 Tratamiento de la dependencia de drogas

En este apartado

- Métodos de tratamiento para la dependencia de drogas
- Un sistema con una buena relación entre coste y eficacia
- Un proceso de reintegración eficaz

La dependencia de las drogas debería dejar de considerarse como un delito y entenderse como un tema de salud. El tratamiento para la dependencia de drogas ha demostrado ser eficaz para enfrentar este problema, reducir los daños relacionados con estas sustancias y minimizar los costes sociales y la delincuencia.

¿Por qué es importante un tratamiento de base empírica para la dependencia de drogas?

El 24 de junio de 2009, el entonces director ejecutivo de la ONUDD, Antonio Maria Costa, dio a conocer el *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, declarando que "las personas que consumen drogas necesitan ayuda médica, no ser castigados como delincuentes".¹

Algunos cálculos recientes sugieren que en el mundo hay 210 millones de personas que consumen drogas controladas.² Los factores que llevan a los consumidores experimentales u ocasionales de drogas a convertirse en dependientes de estas sustancias son complejos. Según la definición de la ONUDD y la OMS, la dependencia de drogas es consecuencia de una "compleja interacción multifactorial entre la exposición reiterada a los estupeficientes y factores biológicos y ambientales".³ En otras palabras, en la dependencia de drogas confluyen cuestiones sociales, culturales y psicológicas, que se combinan con aspectos biológicos (que quizá entrañen también un componente genético). En la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, que pone el acento en los síntomas, la dependencia de drogas se define como un deseo intenso o sensación de compulsión de consumir una sustancia, dificultades para controlar el consumo de drogas, un estado de abstinencia fisiológica, tolerancia, abandono progresivo de otras fuentes de placer o intereses, y persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.⁴

Sólo una minoría de todas las personas que consumen drogas –una cifra que, según la ONU, oscilaría entre los 15 y los 39 millones a escala mundial–⁵ desarrollarán patrones de consumo de dependencia que requieren una intervención con tratamiento. Es de vital importancia, sobre todo en época de austeridad económica, que las intervenciones se dirijan allí donde más se necesiten y resulten más eficaces. Por ello, los sistemas de tratamiento deberían priorizar que los escasos recursos disponibles se destinen a estos usuarios dependientes. Esto requiere que se establezcan mecanismos que identifiquen adecuadamente a la población destinataria

Sólo una pequeña minoría de las personas que consumen drogas desarrollan patrones de uso dependientes que requieren tratamiento.

y le comuniquen la disponibilidad y los objetivos del tratamiento. Tanto los servicios sanitarios como jurídicos pueden desempeñar un papel para mejorar el acceso a opciones de tratamiento de drogas de base empírica entre las personas que dependen de ellas.

El impacto del consumo de drogas sobre una persona depende de la compleja interacción entre las propiedades inherentes de la sustancia empleada, los atributos o las actitudes del consumidor, y el entorno en que se realiza el consumo.⁶ Las intervenciones deben tener en cuenta cada uno de estos factores y cómo interactúan entre sí. En todas las sociedades, la prevalencia de la dependencia de drogas se suele concentrar entre los grupos marginados, donde son más altas las tasas de trauma emocional, pobreza y exclusión social.⁷ Dados los muchos factores que propician la dependencia de las drogas, no existe un enfoque único al tratamiento con probabilidades de producir resultados positivos en todo el espectro social. Por ello, los esfuerzos de los gobiernos deberían orientarse a un sistema de tratamiento que abarque un abanico de modelos estrechamente integrados entre sí y que se refuercen mutuamente. El impacto de los entornos jurídicos y físicos significa que las intervenciones

efectivas de tratamiento de drogas deberán ofrecer, idealmente, servicios psicosociales, pero también tendrán en cuenta el impacto del contexto social y cultural en que lo hacen. Tales intervenciones, como parte de un sistema de tratamiento eficaz, pueden permitir a una persona disfrutar de un estilo de vida saludable y socialmente constructivo.

Ofrecer tratamiento a las personas dependientes de drogas representa una estrategia más eficaz que imponer duros castigos.

Cada vez son más los gobiernos que reconocen que ofrecer tratamiento a las personas dependientes de drogas representa una estrategia más eficaz que imponer duros castigos (para más información, véase el [apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas](#)). Estudios realizados en una variedad de entornos sociales, económicos y culturales han confirmado que muchos problemas sanitarios y sociales relacionados con las drogas –como la desestructuración familiar, la inactividad económica, el VIH y los delitos menores– se podrían abordar de forma costo-efectiva mediante la prestación generalizada de tratamientos para la dependencia de las drogas basados en la evidencia.⁸

Sin embargo, en muchos países no existen sistemas para el tratamiento de la dependencia de las drogas, o bien están poco desarrollados o siguen modelos incoherentes con las normas de derechos humanos o las pruebas empíricas sobre su eficacia. Las investigaciones realizadas, la experiencia recogida y los instrumentos internacionales de derechos humanos vigentes indican que no se deberían aplicar ciertas prácticas de tratamiento. Algunos gobiernos, por ejemplo, han introducido regímenes de tratamiento que se basan en la coerción, ya sea para forzar a las personas a aceptar el tratamiento o para obligarlas a cumplirlo cuando ya están en el programa. Muchos de estos regímenes de tratamiento obligatorio también incluyen malos tratos, denegación de atención médica y tratamiento, y trabajos forzados (véase el [cuadro 1](#)).⁹

Cuadro 1. Centros de reclusión obligatoria para personas que consumen drogas en el sudeste asiático

En algunas zonas del mundo, el uso de centros de reclusión obligatoria para personas que consumen drogas es una práctica comúnmente aceptada. El sudeste asiático es un caso paradigmático en este sentido; países como China, Vietnam, Camboya, Malasia, Tailandia y la República Democrática Popular Lao han establecido este tipo de espacios.¹⁰ Los centros de reclusión obligatoria suelen estar administrados por la policía o el ejército, más que por autoridades médicas, y los internos entran en ellos de forma obligatoria, muchas veces sin el debido proceso legal o supervisión judicial, y a menudo por varios años. A los internos se les

deniega todo tipo de tratamiento de drogas basados en la evidencia científica, y se les sujeta a trabajos forzados –que no están remunerados o lo están por debajo de los niveles salariales mínimos– y a una serie de castigos como malos tratos físicos, psicológicos y sexuales, y reclusión en aislamiento. Normalmente, estos centros carecen de una atención médica de la salud general, y las enfermedades como el VIH y la tuberculosis están extendidas entre las personas internas.

Estas condiciones contravienen las normas científicas, médicas y de derechos humanos. Los centros de reclusión obligatoria resultan, además, muy costosos e ineficaces; las tasas de reincidencia son muy elevadas (en Vietnam, por ejemplo, oscilan entre el 80 y el 97 por ciento). Los gobiernos admiten muchas veces este hecho, pero algunos de ellos han respondido aumentando la duración y la severidad del ‘tratamiento’.¹¹

Aunque algunos gobiernos de la región han adoptado recientemente nuevas leyes de drogas que han modificado la condición de las personas que consumen drogas de ‘delincuentes’ a ‘pacientes’ (como la Ley antidrogas de China de 2008 o la Ley de rehabilitación de las personas adictas a los estupefacientes de Tailandia de 2002), la retórica humanitaria de los textos jurídicos no es representativa de la realidad cotidiana en los centros de reclusión obligatoria, que imponen castigos crueles y peligrosos bajo el pretexto de tratamiento.¹²

La OMS, la ONUDD y varias ONG internacionales, entre las que estarían *Human Rights Watch* y *Open Society Foundations*, han condenado el uso de los centros de reclusión obligatoria para las personas que consumen drogas.¹³

Los enfoques de tratamiento deben respetar los derechos humanos y el principio fundamental de la elección personal a la hora de ingresar o no en un programa de tratamiento, así como de cumplir o continuar con éste. Con ello, no sólo se observan las obligaciones en materia de derechos humanos, sino que también se garantiza la eficacia del programa. Las pruebas demuestran que un cambio de conducta a largo plazo sólo tiene lugar cuando las personas deciden cambiar por su propia voluntad. Por ello, los sistemas de tratamiento deben estar organizados de manera que animen a las personas a aceptar el tratamiento, y que tracen reglas y expectativas para el cumplimiento del programa (por ejemplo, participación programada y periódica en un programa de tratamiento de drogas), pero sin incurrir en la coerción abierta o encubierta (véase el cuadro 2). En este contexto, existe un importante debate ético acerca de si debe obligarse a las personas que consumen drogas, a través del sistema penal u otros medios, a que inicien un tratamiento.¹⁴ Los defensores de los sistemas basados en la coerción señalan el éxito de los programas de derivación de la justicia penal que mantienen un elemento de coerción (por ejemplo, cuando el tratamiento de drogas se plantea como una alternativa a una pena en prisión). Quienes se oponen, apuntan al derecho de los seres humanos a elegir su propio tratamiento.¹⁵ En ambos casos, los sistemas de tratamiento serán ineficaces si no respetan los principios de la libre determinación y la motivación.

Los enfoques de tratamiento deben respetar los derechos humanos y el principio fundamental de la elección personal a la hora de ingresar en un programa de tratamiento.

Cuadro 2. El modelo de curación y atención en Malasia¹⁶

Durante décadas, la principal política de Malasia con respecto a las personas que consumen o dependen de las drogas consistía en arrestarlas y enviarlas a centros especiales de reclusión obligatoria. En julio de 2010, la Agencia Nacional de Lucha contra los Estupefacientes de Malasia (NADA), inició una importante transformación de los centros de rehabilitación de drogas en todo el

país. La nueva política entraña, ante todo, que estos centros sólo admitirán a personas que entren en ellos por voluntad propia, excepto en el caso de las derivadas mediante la aplicación de la Ley (de tratamiento y rehabilitación) de las personas dependientes de drogas.

El modelo de curación y atención (*Cure & Care*) parte del supuesto de que deberían proporcionarse varios enfoques de tratamiento, adaptados a las necesidades individuales de la persona dependiente de las drogas. Esto supone que los centros procurarán ofrecer toda una gama de servicios de prevención, asesoramiento, tratamiento (incluido TSO), rehabilitación y apoyo a las personas que consumen drogas en el país.

La creación y expansión de los centros de curación y atención indican un cambio importante en lo que se refiere a enfoques, valores y estrategias. En primer lugar, el hecho de que este cambio surja del Ministerio del Interior y de NADA representa un hito en la región, donde los organismos de control de drogas y de aplicación de la ley han comenzado a introducir cambios en sus actividades para adaptarlas a las necesidades de las personas que consumen drogas. En segundo lugar, las consecuencias programáticas de este cambio indican que la integración de los sistemas de salud es una estrategia viable y eficaz para ampliar intervenciones integrales y complementarias para abordar la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo del VIH. El imperativo de que el usuario debe poder elegir las intervenciones sanitarias en función de las necesidades personales es un elemento que rara vez está integrado o articulado en las políticas del sudeste asiático. Los servicios de curación y atención en Malasia están abiertos sin que haya condiciones sobre la finalización del programa u objetivos universales respecto a éste; es decir, todos los usuarios pueden fijar sus propios objetivos, y sus avances y éxitos se miden en consecuencia.

Aunque aún es demasiado pronto para evaluar la eficacia de los centros de curación y atención desde el punto de vista de sus resultados sanitarios, el giro que ha dado la política sobre drogas en Malasia, al pasar del tratamiento obligatorio al tratamiento voluntario, representa una novedad muy positiva en el sudeste asiático.

Elementos clave para un sistema de tratamiento eficaz

En la mayoría de los países, la prestación de tratamientos para la dependencia a las drogas se inició con la puesta en práctica experimental de un modelo particular y, con el transcurso del tiempo, éste se expandió y/o se complementó con otros modelos. Aunque una sola intervención –o una serie de ellas por separado– pueda producir buenos resultados en casos concretos, se debería animar a los gobiernos a crear sistemas de tratamiento nacionales, regionales y locales integrados para lograr un impacto más generalizado y demostrable, así como para hacer el mejor uso posible de sus recursos.

Un sistema de tratamiento tendrá un impacto limitado si las personas a quienes se dirige no pueden acceder a los servicios. El primer reto, por lo tanto, está en identificar a las personas dependientes de drogas y animarlas a participar en servicios sociales y de atención de la salud. Además, es probable que existan poblaciones ocultas entre las personas a las que se quiere llegar y, por ese motivo, se deben establecer 'vías de acceso' para que éstas también puedan entrar en los servicios. Hay toda una serie de posibles itinerarios para que ello ocurra:

- **autoderivación** por parte de la persona
- **identificación a través de las estructuras generales de servicios sanitarios y sociales.** Los servicios existentes de atención social y de la salud suelen estar en una excelente posición para

reconocer los síntomas del consumo dependiente de drogas y animar a los usuarios de estas sustancias a solicitar ayuda especializada. Los médicos de cabecera, por ejemplo, gozan a menudo de la confianza de sus pacientes y pueden desempeñar un papel clave en este sentido, siempre que ellos mismos cuenten con formación en materia de consumo de drogas

- **identificación a través de centros especializados de asesoramiento sobre drogas o de servicios de extensión en la comunidad.** Estos servicios pueden ofrecer comida, albergue temporal, servicios de reducción de daños, y el estímulo y motivación para emprender un tratamiento de drogas, momento en que se pueda facilitar acceso directo a un tratamiento más estructurado. La existencia de centros abiertos o de acogida, con un enfoque flexible e informal, es fundamental para ofrecer una vía de acceso a aquellas personas atrapadas en la dependencia, que muchas veces desconfían de instituciones más rígidas y que es improbable que acudan a citas en lo que puede parecer un futuro lejano (como la semana o el mes próximo)
- **identificación a través del sistema judicial penal.** Debido a la naturaleza ilícita de su consumo de drogas, y a la necesidad de financiarlo, los consumidores dependientes de drogas pueden entrar en contacto con el sistema judicial penal. Ha habido una serie de modelos exitosos de intervenciones que emplean este contacto con el sistema judicial penal para identificar y motivar a los usuarios dependientes a aceptar tratamiento. Por ejemplo, los tribunales especiales para delitos de drogas en los Estados Unidos,¹⁷ los programas de derivación en el momento del arresto en el Reino Unido (véase el [apartado 2.2: Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas](#)) y el sistema de comisiones multidisciplinarias en Portugal (véase el [apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas](#)).¹⁸

Cada sistema definirá distintas prioridades en estos canales de identificación. Sin embargo, un sistema eficaz debería asegurarse de que todas las fuentes potenciales de derivación puedan evaluar de manera rápida las circunstancias de la persona y orientarla hacia el tipo de tratamiento adecuado. Esto exige cierta distribución geográfica, que incorpore entornos urbanos y rurales; además, los servicios deben ser relevantes y accesibles desde el punto de vista cultural, tener en cuenta cuestiones de género y origen étnico, etcétera.¹⁹

Se pueden usar distintos sistemas para identificar a las personas dependientes de drogas y ofrecerles tratamientos basados en la evidencia.

El sistema de tratamiento también debería contar con un mecanismo que controle el avance de cada persona en dicho tratamiento (un concepto que se suele denominar 'plan de atención'). El objetivo final debería plantearse con claridad, y los procesos de supervisión y revisión, que deben ser constantes, deberían medir los resultados con respecto a este objetivo. Es importante reconocer que la dependencia es un fenómeno complejo que puede exigir más de un episodio de tratamiento. Esto ocurre especialmente en el caso de los usuarios que dejan

el tratamiento y vuelven al mismo entorno, y apunta a la necesidad de un enfoque integrado que preste apoyo social en forma de vivienda, educación y empleo como un paquete integral.

Métodos de tratamiento para la dependencia de drogas

La complejidad del consumo de drogas es tal que la respuesta, el entorno y la intensidad del tratamiento se deberán adecuar a las singularidades de la persona dependiente. Por lo tanto, es de vital importancia que se ofrezca toda una gama de servicios que puedan adaptarse a las distintas características, necesidades y circunstancias de cada persona que desee acceder a un tratamiento. Además, la variedad de drogas disponibles está aumentando, y un modelo que sea eficaz para un tipo concreto

(p. ej., opiáceos) no lo será para otro (p. ej., *crack* cocaína, metanfetamina, etc.). Algunos países han establecido extensos sistemas de tratamiento en el transcurso de muchas décadas, mientras que otros recién están empezando a desarrollar experiencias y conocimientos sobre este ámbito normativo. Sin embargo, todos los países tienen cierto trecho por recorrer para alcanzar un conjunto de servicios de tratamiento de la dependencia de drogas lo suficientemente integrado y que haga un uso eficiente de los recursos disponibles para maximizar los logros sanitarios y sociales.

Métodos de tratamiento

En el transcurso de los últimos 60 años, se ha puesto en práctica, probado y evaluado un amplio abanico de modelos y estructuras para el tratamiento de la dependencia de drogas. Éstos se pueden clasificar, a grandes rasgos, por método, entorno e intensidad. Aunque varias publicaciones nacionales e internacionales han elaborado directrices para los tratamientos de drogas, éstas no son exhaustivas ni son aplicables a todos los entornos sociales y culturales concretos de cada país en que se puede necesitar un tratamiento. El desarrollo de sistemas de tratamiento de drogas debería combinar la investigación de evidencia internacional con el conocimiento de lo que funcionará más eficazmente según la historia del tratamiento de drogas, la situación socio-jurídica, la cultura, los recursos y la fuerza laboral de cada país.

La experiencia y las pruebas demuestran que las ONG y los grupos de la sociedad civil son actores importantes para la prestación de servicios de tratamiento a personas dependientes de drogas. Las autoridades gubernamentales, por tanto, deberían apoyar claramente y facilitar el trabajo de estas organizaciones y grupos.

Las respuestas pueden basarse en tratamientos de desintoxicación, sustitución, terapias psicosociales y/o grupos de ayuda mutua.

Se debería ofrecer toda una gama de servicios que puedan adaptarse a las distintas características, necesidades y circunstancias de cada persona que desee acceder a un tratamiento.

Desintoxicación

La desintoxicación es definida por la OMS como: "(1) Proceso mediante el cual una persona deja de sufrir gradualmente los efectos de una sustancia psicoactiva; (2) Entendido como procedimiento clínico, proceso de retirada (abstinencia) de la sustancia que se lleva a cabo de forma segura y eficaz, de manera que se reducen al mínimo los síntomas de la abstinencia. Las instalaciones en las que se lleva a cabo reciben varios nombres, como centro o unidad de desintoxicación y centro de rehabilitación".²⁰ Muchas personas que dependen de drogas manejan su abandono al consumo sin la ayuda de servicios de desintoxicación. Otras pueden contar con la asistencia de familiares, amigos u otro tipo de servicios.

Tratamiento de sustitución de opioides

Los TSO se utilizan para tratar la dependencia de los opiáceos. El TSO es la respuesta terapéutica a la dependencia de drogas que se ha estudiado con mayor profundidad y cuenta a su favor con una importante base de pruebas empíricas en todo el mundo. El tratamiento de sustitución se podría definir como: "La prescripción de una droga o un medicamento de sustitución con el que existen dependencia cruzada y tolerancia cruzada. Se emplea una forma menos peligrosa de la droga consumida normalmente por el paciente para minimizar los efectos de la abstinencia o para que el paciente abandone una determinada vía de administración. Sin embargo, la evidencia sugiere que, para lograr resultados óptimos, estas terapias deben proporcionarse junto con intervenciones psicosociales".²¹ Entre las drogas de sustitución más habituales se encuentra la metadona, la buprenorfina y la naltrexona. Otros gobiernos están ahora utilizando el tratamiento asistido con heroína (TAH) para abordar la dependencia de esta sustancia (véase el [cuadro 3](#)).

Los TSO pueden reducir los riesgos de contraer o propagar el VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea al rebajar la incidencia de la inyección y, por lo tanto, el uso compartido de material para ello; las personas dependientes de drogas que proceden del 'mercado negro' pasan a usar sustancias con una pureza y potencia conocidas, lo cual disminuye la motivación y la necesidad de las personas que consumen drogas a cometer delitos que les ayuden a sostener el hábito de consumo, minimiza los riesgos de sobredosis y otras complicaciones médicas, mantiene el contacto con las personas consumidoras y las ayuda a estabilizar sus vidas y a reintegrarse en la comunidad.²²

Cuadro 3. Tratamiento asistido con heroína (TAH); el ejemplo del Reino Unido

Se calcula que el 5 por ciento de las personas que usan opiáceos en tratamientos de sustitución no responden bien a la metadona. A menudo, estas personas se encuentran entre los usuarios más marginados y padecen graves problemas sanitarios y psicosociales, y pueden presentar también altos costes asociados en cuanto a su interacción con los sistemas de la justicia penal y asistencia social.

En el Reino Unido, existía hace décadas la práctica de prescribir heroína inyectable a las personas dependientes de los opiáceos. Sin embargo, en los años sesenta y setenta, esta medida despertó una gran controversia política, principalmente porque los usuarios recogían sus dosis para llevar en las farmacias y había poca supervisión. Era probable que estas prescripciones estuvieran alimentando un mercado ilícito. La prescripción de heroína se interrumpió casi por completo. Sin embargo, seguía dándose una necesidad terapéutica insatisfecha entre un sector muy vulnerable de la población dependiente de drogas.

En los últimos años, se ha desarrollado en Europa –especialmente en Suiza– un régimen de tratamiento con heroína novedoso y políticamente más aceptable.²³ El Reino Unido comenzó a efectuar ensayos científicos de este método, en que los usuarios reciben dosis de heroína inyectable en centros clínicos especiales, en condiciones controladas, bajo la estrecha supervisión y con el apoyo de personal médico en un entorno limpio y seguro.²⁴

Muchos usuarios señalaron que esta experiencia les había cambiado la vida, y se registró una mejora significativa en su bienestar sanitario y social, además de una gran reducción en el consumo de drogas y en las actividades delictivas. En los ensayos participaron los propios usuarios del servicio, brindando apoyo tanto en su calidad de pares como de asistentes de investigación. El TAH permitió que un sector de la población al que era difícil llegar y facilitar tratamiento pudiera acceder a servicios de apoyo y atención de la salud, así como cumplir con ciertos objetivos políticos y las exigencias de seguridad clínica.

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales se refieren a cualquier intervención no farmacéutica efectuada en un contexto terapéutico y a escala individual, familiar o grupal. Se puede utilizar una gran variedad de intervenciones de ese tipo, como la terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional, la terapia de grupo o la terapia narrativa. Se puede ofrecer asistencia y apoyo para cubrir toda una serie de cuestiones, como la prevención de recaídas, destrezas para hacer frente a los problemas, gestión del bienestar emocional, resolución de problemas, formación de capacidades, destrezas de autoafirmación y enfoques de ayuda mutua (autoayuda; véase abajo). Todas estas actividades abarcan distintos ámbitos de la vida, como la vivienda, la gestión financiera personal, las destrezas para el empleo, etcétera.²⁵

Un ejemplo de intervención psicosocial sería el enfoque de la comunidad terapéutica. Por lo general, las comunidades terapéuticas son entornos residenciales libres de drogas que utilizan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles crecientes de responsabilidad personal y social. Las comunidades terapéuticas difieren de otros enfoques porque utilizan como personal para el tratamiento a miembros de la comunidad, y como agentes clave del cambio a los propios usuarios. Estos miembros interactúan de maneras estructuradas y no estructuradas para influir en las actitudes, percepciones y conductas asociadas con el consumo de drogas. Sin embargo, el enfoque de la comunidad terapéutica para tratar la dependencia de drogas ha sido criticado por sus altos índices de recaída.

Grupos de ayuda mutua

Como complemento al tratamiento formal o a una opción de tratamiento autónomo, los grupos de ayuda mutua son quizá la respuesta más difundida a la dependencia de drogas. La participación en estos grupos, particularmente cuando se apoya a otras personas, puede tener buenos resultados.²⁶ La mayoría de las investigaciones se centran en los modelos de '12 pasos' o '12 fases', como los que emplean Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, se deberían potenciar también otros modelos que se adapten a una diversidad de personas. El fin es brindar estructuras de apoyo mutuo que ofrezcan beneficios terapéuticos tanto para quienes proporcionan apoyo como para quienes lo reciben.

Entorno de tratamiento

Además de ofrecer una gama variada de intervenciones de base empírica, un sistema de tratamiento eficaz también proporcionará intervenciones en una variedad de entornos. Éstos se pueden clasificar, en grandes líneas, como espacios de calle (con actividades de extensión y centros abiertos), comunitarios²⁷ (como la asistencia periódica a una clínica donde los usuarios reciben medicamentos prescritos, asesoramiento, etc.) o residenciales.²⁸ Es difícil ser categórico sobre cuál de los espacios debería recibir mayor énfasis, dado que ello variará según las necesidades particulares de la población local que consume drogas, la tolerancia de las comunidades y del sistema legal hacia la visibilidad de los centros de tratamiento, y la disponibilidad de una fuerza laboral competente y de financiación.

Los entornos comunitarios tienden a ser los más apropiados cuando la persona dependiente de drogas cuenta con un fuerte apoyo social, familiar y comunitario. Sin embargo, cuando la persona carezca de tal apoyo o cuando sea susceptible de retornar a la dependencia de las drogas por la presión de traficantes o compañeros, puede ser mejor tratarla lejos de su zona habitual de residencia. Estas decisiones se deben tomar caso por caso, tanto por el usuario como por el terapeuta, que trabajarán conjuntamente. Además, la secuencia de la atención debe estar plenamente integrada; en la práctica, los usuarios pueden pasar por los tres tipos de entorno durante el período de tratamiento, y necesitarán ayuda para conseguir la reinserción en la sociedad. Esto exige que se desarrollen intervenciones que ayuden a las personas dependientes de drogas a acceder a otras formas de atención que quizá no aborden directamente el consumo de sustancias en sí, como servicios de albergue, educación y empleo.

Intensidad del tratamiento

La intensidad del tratamiento de drogas se refiere a la cantidad, la naturaleza y el tipo de intervención ofrecida en un momento específico. Esta intensidad está determinada por las necesidades terapéuticas de la persona, antes que por consideraciones de recursos, morales, filosóficas o de cualquier otro tipo. En términos generales, las investigaciones indican que, cuanto más arraigado y severo sea el nivel de dependencia, más intensiva y prolongada deberá ser la intervención de tratamiento. Ello crea un dilema para los gobiernos, ya que, debido a la limitación de recursos disponibles, puede que deseen tratar al máximo número de personas al mínimo costo. Esto puede llevar con frecuencia a que se ofrezcan intervenciones de baja intensidad a personas que sufren de dependencia severa. Muchos países han presenciado con decepción que sus programas de tratamiento presentan altas tasas de reincidencia. Sin embargo, lo más probable es que ello sea resultado de una intensidad o metodología inadecuadas

en las intervenciones, y no de cualquier otro factor relacionado con la persona. También se debe tener en cuenta que el tratamiento de drogas, por bien diseñado y prestado que esté, no puede proporcionar todas las respuestas. Cuando se da una situación estructural de desempleo intergeneracional, acompañada de factores como la pobreza, la desigualdad y la exclusión social (por ejemplo), una alta prevalencia de la dependencia de drogas en una comunidad puede entenderse como indicador de problemas subyacentes que sólo se pueden solucionar mediante una resuelta intervención política, económica y social.

Un sistema con una buena relación entre coste y eficacia

Desde el punto de vista del gasto público, existe un claro argumento para abogar por la ampliación de las inversiones en los tratamientos de la dependencia de drogas; una pequeña inversión en tratamiento puede desembocar en importantes ahorros de costes en términos sanitarios, sociales y de delincuencia.²⁹ Según los cálculos de un estudio realizado en 2010 por el Ministerio del Interior del Reino Unido, por cada libra esterlina gastada en tratamiento, la sociedad se beneficia con 2 libras y media.³⁰ En los Estados Unidos, se estima que el beneficio de los tratamientos de mantenimiento con metadona es cuatro veces mayor que el coste del tratamiento.³¹ En efecto, según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas estadounidense, “los estudios han demostrado que el tratamiento de mantenimiento con metadona es beneficioso para la sociedad, tiene una buena relación entre coste y eficacia, y se paga por sí sólo en términos económicos básicos”.³²

Las inversiones en tratamientos basados en la evidencia pueden desembocar en importantes ahorros de costes en términos sociales, sanitarios y de delincuencia.

Dado que los gobiernos disponen de recursos limitados para invertir en este ámbito social y sanitario, es importante que los recursos se prioricen cuidadosamente, canalizándolos hacia aquellas personas que experimentan síntomas de dependencia de drogas y desean seguir un tratamiento. La gestión eficaz de un programa de tratamiento debería permitir a los usuarios acceder a él con facilidad, moverse por los distintos componentes del sistema a medida que cambien sus circunstancias, y reintegrarse en la sociedad. Por este motivo, el sistema de tratamiento promovido en esta Guía consiste

en un ‘menú’ o gama de servicios de diferentes modelos, entornos e intensidades. Muchos países también han invertido en sistemas específicos de gestión de casos, donde agentes de los servicios de salud, asistencia social o justicia penal evalúan las necesidades de tratamiento de las personas, las animan y motivan para cambiar, y las destinan al centro de tratamiento más apropiado. Cuando estos sistemas para gestión de casos están bien diseñados, tienen el potencial de incrementar la eficiencia y eficacia del tratamiento, al asegurar que la persona correcta recibe el tratamiento adecuado en el momento oportuno.³³

Un proceso de reintegración eficaz

Muchas personas dependientes de las drogas son económicamente vulnerables y están socialmente excluidas, sobre todo debido a la fuerte estigmatización y discriminación que se derivan de la criminalización del consumo de drogas. Uno de los objetivos fundamentales de todo tratamiento es mejorar la capacidad de cada persona para funcionar en la sociedad. Esto significa elevar los niveles de educación, facilitar el acceso al empleo y ofrecer otros tipos de respaldo social. Un elemento clave de este proceso pasa por fortalecer los lazos sociales y comunitarios. El apoyo de la familia y la comunidad es importante, y en muchos países los grupos de apoyo para ex consumidores de drogas desempeñan un papel clave para mantener su compromiso con un estilo de vida no dependiente. La participación

apropiada de los usuarios y los antiguos usuarios en los entornos de tratamiento puede contribuir en gran medida a potenciar los sentimientos de empoderamiento personal y a mejorar la calidad y la capacidad de respuesta de los servicios.

El objetivo de todo tratamiento de drogas debería consistir, de ser posible, en ayudar a la persona dependiente de sustancias a alcanzar un alto nivel de salud y bienestar, y a facilitar su participación en la sociedad. En este contexto, es necesario reconocer que algunas personas encuentran imposible alcanzar la abstinencia o no deseen llegar a ella. No obstante, esto no debe impedir el objetivo principal del tratamiento: ayudar a los usuarios a llevar una vida feliz y fructífera. Muchas personas, en efecto, logran esta meta manteniendo un TSO. Los procesos de educación sobre los tratamientos de drogas, por lo tanto, deben ir más allá de las personas que los siguen y llegar a otros miembros de la comunidad, que pueden albergar prejuicios frente a los TSO.

Recomendaciones

- 1) El objetivo primordial de los sistemas de tratamiento para la dependencia de drogas es permitir a las personas llevar un estilo de vida pleno.
- 2) Todos los gobiernos deberían realizar una inversión a largo plazo en tratamientos para la dependencia de las drogas con el fin de responder a este problema y reducir los costes sanitarios y sociales asociados.
- 3) Tal inversión en tratamientos de dependencia de drogas debería presentar un enfoque sistémico y no constituir una serie de intervenciones aisladas: debería identificar a quienes más requieren de tratamiento; ofrecer una variedad equilibrada de servicios de tratamiento basados en la evidencia para la dependencia de drogas; y desarrollar mecanismos fluidos para que las personas pasen de un componente a otro en la medida en que cambian sus circunstancias.
- 4) No deberían ponerse en práctica enfoques de tratamiento que violen normativas de derechos humanos. Estos enfoques no sólo carecen de ética, sino que también ofrecen escasas probabilidades de lograr las metas deseadas y, ciertamente, no resultan rentables.
- 5) Es necesario revisar y evaluar constantemente los sistemas nacionales de tratamiento para asegurar que operen de manera efectiva y de acuerdo a las pruebas de base empírica de que se disponga a escala mundial. Los servicios pueden ser más eficaces y receptivos si contemplan la participación significativa de los usuarios en su diseño y prestación.

Recursos clave

National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health and US Department of Health and Human Services (2009), *Principles of drug addiction treatment, a research-based guide*, 2nd ed. (Bethesda: National Institutes of Health), https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_0.pdf

National Treatment Agency for Substance Misuse (2010) *A Long-Term Study of the Outcomes of Drug Users Leaving Treatment* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2008), *Principles of drug dependence treatment* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf

World Health Organization (2011), *Therapeutic interventions for users of Amphetamine Type Stimulants (ATS)*. WHO Briefs on ATS number 4 (Manila: World Health Organization), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/WHO-technical-brief-ATS-4.pdf>

World Health Organization (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf

World Health Organization (2001), *Management of substance dependence review series – systematic review of treatment for amphetamine-related disorders* (Geneva: World Health Organization), http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.5.pdf

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2004), *WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

Notas

- 1 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009), *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/World_Drug_Report_2009_spanish.pdf
- 2 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009), *Programa conjunto de la UNODC y la OMS sobre tratamiento y atención de las personas drogodependientes* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/10-53858_S_ebook.pdf
- 3 UNODC/WHO (2008) *Principles of Drug Dependence Treatment* <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p.1.
- 4 World Health Organization (2007), *International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision* (Geneva: World Health Organization), <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>
- 5 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009), *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/World_Drug_Report_2009_spanish.pdf
- 6 Este modelo se conoce como 'modelo de la dependencia de Zinberg': <http://www.yapa.org.au/youthwork/aod/effectsubstanceuse.php>
- 7 Botvin, G., Schinke, J. & Steven, P. (1997), *The etiology and prevention of drug abuse among minority youth*, (New York: Haworth Press); Beauvais, F. & LaBoueff, S. (1985), 'Drug and alcohol abuse intervention in American Indian communities'. *Substance Use & Misuse*, **20**(1): 139–171, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826088509074831>; Davis, R.B. (1994), 'Drug and alcohol use in the former Soviet Union: selected factors and future considerations'. *Substance Use & Misuse*, **29**(3): 303–323, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826089409047383>
- 8 Reuter, P. & Pollack, H. (2006) 'How much can treatment reduce national drug problems?' *Addiction*, **101**(3): 341–347, <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/add/2006/00000101/00000003/art00007>; Irawati, I., Mesquita, F., Winarso I., Asih, H. & Asih, P. (2006), 'Indonesia sets up prison methadone maintenance treatment'. *Addiction*, **101**(10): 1525–1526, <http://www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200609/msg00050.php>; MacCoun, R.J. & Reuter, P. (2001), *Drug war heresies* (New York: Cambridge University Press); National Treatment Agency for Substance Misuse (2009), *The Story of Drug Treatment* (London: National treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/story_of_drug_treatment_december_2009.pdf; Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 'The economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)'. *Addiction*, **99**(6): 697–707, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15139868>; National Treatment Agency for Substance Misuse (2010) *A long term study of the outcomes of drug users leaving treatment* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf

- 9 World Health Organization Western Pacific Region (2009), *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Manila: World Health Organization), <http://idpc.net/publications/2009/06/who-assessment-compulsory-treatment-asia>; Pearshouse R. (2009), *Compulsory drug treatment in Thailand: observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)* (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network), <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=917>; 'Harm Reduction 2009: IHRA's 20th International Conference' in Bangkok (21 April 2009): Session on 'Compulsory drug dependence treatment centres: costs, rights and evidence (supported by the UNODC and the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute)', <http://www.ihra.net/contents/128>
- 10 International Harm Reduction Development Programme (2011) *Treated With Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/treated-with-cruelty-20110624/treatedwithcruelty.pdf
- 11 Human Rights Watch (2011) *The rehab Archipelago: forced labour and other abuses in drug detention centres in Southern Vietnam* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/vietnam0911ToPost.pdf>
- 12 Human Rights Watch (2010) *Where darkness knows no limits: incarceration, ill-treatment and forced labour as drug rehabilitation in China* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits-0>
- 13 World Health Organization Western Pacific Region (2009), *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Manila: World Health Organization), <http://idpc.net/publications/2009/06/who-assessment-compulsory-treatment-asia>; ONUDD (2010) *De la coerción a la cohesión: Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones* (Nueva York: Naciones Unidas), http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/Coersion_SPANISH.pdf
- 14 Stevens, A. (2011) *The ethics and effectiveness of coerced treatment of drug users* Paper presented at the EU-China Human Rights Dialogue, 6-7 September 2011, http://kent.academia.edu/AlexStevens/Papers/909418/The_ethics_and_effectiveness_of_coerced_treatment_of_drug_users
- 15 El derecho humano a un consentimiento informado sobre los procedimientos médicos y la exigencia ética de garantizar un consentimiento informado son principios bien establecidos. El derecho a la libertad respecto a intervenciones médicas sin consentimiento informado se deriva del derecho a la seguridad personal, es decir, a controlar lo que ocurre con el propio cuerpo. Véase el artículo 9 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y la interpretación de 'seguridad corporal' como principio fundamental del consentimiento informado en Canadian HIV/AIDS Legal Network HIV Testing, *Info Sheet 5 – Consent*, www.aidslaw.ca/testing. Este derecho también se deriva de aquel que rige sobre la información plena sobre la salud y los procedimientos sanitarios, que surge del Comentario General núm.14, párrafo 34, de este mismo tratado.
- 16 Tanguay, P. (2011), *IDPC Briefing Paper – Policy responses to drug issues in Malaysia* (London: International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-briefing-paper-Policy-responses-to-drug-issues-in-Malaysia.pdf>
- 17 Drug Court Clearinghouse and Technical Assistance Project, Drug Courts Program Office, Office of Justice Programs & US Department of Justice (1998), *Looking at a decade of drug courts* (Washington DC: US Department of Justice), <http://www.ncjrs.gov/html/bja/decade98.htm>
- 18 Greenwald, G. (2009), *CATO Report: Drug decriminalization in Portugal – lessons for creating fair and successful drug policies* (Washington DC: CATO Institute), http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf
- 19 United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization (2008), *Principles of drug dependence treatment* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf
- 20 World Health Organization (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- 21 World Health Organization (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- 22 AusAID funded HIV/AIDS Asia Regional Program (2011), *Tool 3 – Explaining harm reduction as the effective response to HIV/AIDS among and from injecting drug users*, <http://ebookbrowse.com/haarp-tool-2-booklet-police-concerns-about-hr-doc-d135375451>
- 23 Hallam, C. (2010), *IDPC Briefing Paper – Heroin-assisted treatment: the sate of play* (London: International Drug Policy Consortium), <http://www.idpc.net/publications/idpc-briefing-heroin-assisted-treatment>
- 24 Strang J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, C., Mayet, S., et al (2010), 'Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial', *The Lancet*, **375**(9729): 1885–1895, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60349-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60349-2/abstract)
- 25 Drug Control and Access to Medications (DCAM) Consortium (2010), *Psychosocial support for clients of medication assisted treatment guidance* (Newtown: AIDS Projects Management Group), http://s3.amazonaws.com/dcam_consortium/production/documents/uploads/60/original/DCAM_Psychosocial_services_MAT_guidance.pdf?1299533050

- 26 McIntire, D. (2000), 'How well does A.A. work? An analysis of published A.A. surveys (1968–1996) and related analyses/comments'. *Alcoholism Treatment Quarterly*, **18**(4): 1–18, http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J020v18n04_01#preview; Toumbourou, J. W., Hamilton, M., U'Ren, A., Stevens-Jones, P., & Storey, G. (2002), 'Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support'. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **23**(1): 61–66, <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/sat/article/PIIS074054720200243X/abstract>
- 27 Véase, por ejemplo: National Institute on Drug Abuse (2002), *Research report series – Therapeutic communities* (Bethesda: National Institutes of Health) <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrtherapeutic.pdf>
- 28 National Treatment Agency for Substance Misuse (2006), *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf
- 29 Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 'Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)'. *Addiction*, **99**(6): 697–707, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15796344>
- 30 National Treatment Agency for Substance Misuse (2010), *A long-term study of the outcomes of drug users leaving treatment* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf
- 31 Stimson, G. *et al* (2010), *Three cents a day is not enough* (London: Harm Reduction International), http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_3CentsReport.pdf
- 32 National Institute on Drug Abuse (2006), *International program, methadone research web guide*, <http://international.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/methadoneresearchwebguide.pdf>
- 33 Schatz, E., Schiffer, K. & Kools, J.P (2011) *The Dutch treatment and social support system for drug users: recent developments and the example of Amsterdam*, IDPC Briefing Paper (London: International Drug Policy Consortium), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-briefing-paper-dutch-treatment-systems.pdf>



Capítulo 4

Fortalecimiento de comunidades

4.1 Drogas controladas y desarrollo

En este apartado

- Comprender el vínculo entre las drogas controladas y el desarrollo
- Abordar las drogas controladas a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- Una alianza más amplia para el desarrollo

Existen abundantes evidencias del vínculo entre las drogas controladas y el desarrollo, pero no se han emprendido los esfuerzos suficientes para identificar y aplicar enfoques que aborden estos problemas con cohesión. Salvar la actual brecha entre las drogas controladas y los programas de desarrollo mitigará las consecuencias negativas asociadas con estrictas políticas de fiscalización de estupefacientes y contribuirá a la consecución de objetivos de desarrollo más generales.

¿Por qué es importante vincular las drogas controladas con el desarrollo?

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM; véase el [cuadro 1](#)),¹ adoptados por 189 líderes mundiales en la Cumbre del Milenio de la ONU en 2000,² constituyen el plan de desarrollo de referencia aceptado por todos los países y principales instituciones de desarrollo de todo el mundo para guiar las iniciativas internacionales en este ámbito a lo largo de este siglo. Aunque persiguen abarcar los ámbitos de desarrollo clave en que es fundamental desplegar iniciativas concertadas, los ocho ODM y sus metas no hacen referencia alguna a la cuestión de las drogas controladas. Por otro lado, la agencia de la ONU que se encarga de las drogas controladas, la ONUDD, no está entre los 27 organismos de la ONU asociados con los ODM.

El hecho de que no existan referencias a las drogas controladas en las principales aspiraciones de desarrollo para el siglo XXI refleja una falta de atención al vínculo entre drogas y desarrollo. Esto resulta especialmente sorprendente en lo que se refiere al primer ODM, centrado en la pobreza, ya que los problemas de drogas suelen ser tanto causa como consecuencia de la pobreza. Las limitaciones en materia de desarrollo, sobre todo la falta de alternativas económicas realistas, impulsan muchas veces el cultivo, la oferta y el consumo de drogas. A su vez, el consumo de drogas se traduce a menudo en otros problemas de desarrollo, como falta de productividad, salud precaria e impactos negativos sobre la cohesión de la comunidad.³

Existe un vínculo evidente entre drogas controladas y desarrollo.

A pesar de las evidencias claras sobre el vínculo existente entre drogas controladas y desarrollo, la comunidad del desarrollo ha dedicado pocos esfuerzos a identificar enfoques que aborden esta cuestión de forma coherente. Sin embargo, integrar componentes del ámbito de las drogas en programas que trabajan sobre el desarrollo rural, la reducción de la pobreza, el VIH/SIDA, la protección medioambiental y la buena gobernanza puede desembocar en resultados que sean más sostenibles y que tengan una mayor probabilidad de generar un impacto de desarrollo más amplio y positivo que los proyectos con un estrecho enfoque en las drogas.

Cuadro 1. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU

- **ODM 1:** Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- **ODM 2:** Lograr la enseñanza primaria universal
- **ODM 3:** Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer
- **ODM 4:** Reducir la mortalidad infantil
- **ODM 5:** Mejorar la salud materna
- **ODM 6:** Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades
- **ODM 7:** Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- **ODM 8:** Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Comprender el vínculo entre las drogas controladas y el desarrollo

Existen vínculos evidentes entre las drogas controladas y el desarrollo. Por ejemplo, la drogodependencia puede contribuir al deterioro de la salud, lo cual se traduce en un aumento de los costos sanitarios y en una reducción de los ingresos entre la población. Este hecho es especialmente manifiesto en el área del VIH/SIDA, en el que el uso compartido de agujas contaminadas incrementa el riesgo de contagio del VIH entre las personas que se inyectan drogas y alimenta la propagación general de la epidemia. Además, la participación en el mercado ilícito de las drogas absorbe recursos materiales y humanos que, de otro modo, se emplearían en actividades económicas lícitas, y los enormes beneficios asociados con el mercado de las drogas fomentan la delincuencia organizada y la corrupción, que, a su vez, dificultan el desarrollo de una buena gobernanza. La degradación medioambiental provocada por el cultivo y el refinado de drogas derivadas de plantas también está ampliamente documentada.⁴

Las políticas de drogas en sí tienen un impacto directo sobre los objetivos de desarrollo. Muchas comunidades que cultivan el opio o la coca, por ejemplo, lo hacen por la falta de alternativas económicas

Las políticas de drogas tienen un impacto directo sobre los objetivos de desarrollo.

viables. Las campañas de erradicación de cultivos a corto plazo han resultado extremadamente costosas y muchas veces han destruido el único medio de subsistencia económica de las comunidades productoras, sin proporcionar ninguna alternativa a las personas afectadas. Además, la aplicación de las leyes de control de drogas se traduce en el encarcelamiento de un gran número de personas por cargos menores de posesión, lo cual lleva al hacinamiento carcelario que priva aún más a las familias y a las fuerzas laborales de ingresos

económicos. Estas políticas también desvían recursos de otros ámbitos prioritarios, como inversiones en la salud y la educación pública.⁵ En este sentido, no se trata únicamente de los enormes costos que supone detectar y destruir las drogas en sí, sino también de los costos económicos, humanos, sanitarios y sociales con los que deben cargar las sociedades de todo el mundo a raíz de la marginación, la discriminación y la represión de las personas que cultivan o consumen drogas.

Ejercer presión sobre los proyectos de fiscalización de estupefacientes para que éstos den resultados inmediatos y tangibles 'centrados en las drogas' es contraproducente desde el punto de vista social y económico, y conlleva evidentes consecuencias negativas a corto y largo plazo para objetivos de desarrollo más amplios. La idea de 'éxito rápido' raramente se puede aplicar al control de drogas. Del mismo modo, el desarrollo no se puede producir de la noche a la mañana.

Abordar las drogas controladas a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Para abordar la desconexión entre las estrategias de drogas y de desarrollo, puede ser útil empezar por reconocer que las políticas de drogas están vinculadas con los ODM.

Las políticas de drogas y la erradicación de la pobreza

El ODM 1 aspira a reducir a la mitad el porcentaje de personas que viven con menos de un dólar diario.

Abordar la pobreza en zonas productoras de drogas

Los cultivos destinados a las drogas representan muchas veces un elemento clave de la estrategia de subsistencia de las familias de pequeños agricultores. La producción de cultivos para los mercados ilícitos se concentra principalmente en países en desarrollo y depende de los grupos de población más pobres y vulnerables. Muchas veces viven en entornos hostiles y están sujetos a condiciones injustas de tenencia de las tierras y créditos. Normalmente, sólo reciben una parte de la cosecha final o se ven obligados a vender su parte por adelantado a precios muy por debajo de los vigentes durante la época de cosecha. Por lo general, los cultivadores se benefician muy poco en términos de ingresos. En Afganistán, por ejemplo, menos del 20 por ciento de los 3.000 millones de dólares de las ganancias del opio benefician a los cultivadores empobrecidos, mientras que más del 80 por ciento acaba en los bolsillos de los traficantes de opio afganos y sus contactos políticos. Los narcotraficantes internacionales fuera de Afganistán consiguen beneficios aún más cuantiosos.⁶ Esta realidad, se revela en muchos otros países, tanto en aquellos donde se produce opio, como Birmania/Myanmar, como en aquellos donde se produce coca, como Colombia y Perú.

Las respuestas de la fiscalización de drogas en las zonas productoras han adoptado tradicionalmente un enfoque de 'solución única' en forma de prohibiciones de la adormidera o la coca, erradicación de cultivos y criminalización de los productores. Incluso cuando se han emprendido iniciativas para promover medios de vida alternativos, éstas han sido, por lo general, poco realistas con respecto a los objetivos (por ejemplo, producción de bienes sin acceso a los mercados o medidas inadecuadas para el contexto geográfico local) o de demasiado corto plazo para permitir a las comunidades adaptarse. Los impactos de las medidas de control de drogas en términos de reducciones sostenibles de la pobreza han sido fundamentalmente negativas: muchas comunidades que solían sembrar cultivos destinados a los mercados de drogas se enfrentan ahora a situaciones de escasez de alimentos, menor acceso a la salud y a la educación por la reducción en sus ingresos, endeudamiento creciente, desplazamiento y migración forzada.⁷ El vacío dejado por la repentina desaparición de su principal fuente de subsistencia económica puede en ocasiones empujar a estas comunidades a recurrir a alternativas de supervivencia que entrañen el trabajo sexual o una mayor participación en el comercio de las drogas.⁸

Las medidas represivas contra consumidores y productores no reducen ni el consumo ni el cultivo de plantas destinadas al mercado ilícito de drogas en el largo plazo. Sus impactos, sin embargo, pueden exacerbar aún más la espiral de violencia (véase el [apartado 4.2: Reducción de la violencia de los mercados de drogas](#)), pobreza y migración, además de incrementar los precios en el mercado ilícito, lo cual lleva, a su vez, a que el cultivo y el tráfico sean actividades aun más atractivas.

Existen ciertas alternativas positivas en algunas zonas de producción de drogas de América Latina y el sudeste asiático.⁹ Estos programas se centran en estrategias a largo plazo que tratan las causas indirectas del problema de las drogas y van más allá de los objetivos inmediatos de la fiscalización de

Se deberían desarrollar estrategias de largo plazo para abordar las causas indirectas del problema de las drogas e ir más allá de los objetivos inmediatos de la fiscalización de estupefacientes.

estupefacientes (véase el apartado 4.3: Fomentos de medios de vida alternativos). De estos enfoques se desprenden varias lecciones que se comentan a continuación:

- Los programas deben ir más allá del objetivo inmediato de la erradicación de cultivos y buscar, en cambio, romper los ciclos que dificultan el desarrollo humano y la estabilidad. La erradicación de cultivos sólo debería producirse en un contexto de desarrollo rural y programas para la reducción de la pobreza más amplios, con el fin de mejorar las condiciones de vida de las comunidades productoras y acabar con su dependencia de la economía de las drogas.
- Los programas deben priorizar el incremento de la producción de alimentos, fortalecer y diversificar las oportunidades y los mercados que generan ingresos, y mejorar el acceso a servicios de educación y salud.
- Se deberían emprender iniciativas para mejorar las oportunidades de grupos marginados – como minorías étnicas, pueblos indígenas, mujeres y jóvenes– en el diseño y la ejecución de estos programas, para disminuir su vulnerabilidad ante la producción, el transporte personal y el consumo de drogas.
- Las zonas donde se producen cultivos destinados a los mercados de drogas son heterogéneas en términos del carácter y la extensión de las áreas de cultivo, y a las estructuras socio-culturales, étnicas, económicas, jurídicas y políticas. Las políticas deben integrar la cultura local, así como los conocimientos y las habilidades de las comunidades locales.
- Uno de los objetivos generales de los programas de drogas y desarrollo debería ser el establecimiento de medidas a largo plazo para mejorar los marcos institucionales (por ejemplo, promover el diálogo entre organismos gubernamentales y grupos marginados, incrementar la eficiencia y la transparencia de las instituciones públicas, y abordar las violaciones de derechos humanos).
- En las sociedades que se encuentran en transición socio-económica, las iniciativas de desarrollo deberían abordar la desigualdad social y económica, especialmente entre los jóvenes.¹⁰

Abordar la pobreza en comunidades usuarias de drogas

Los intentos de reducir el consumo imponiendo sanciones legales no han conseguido frenar el uso de drogas. El principio de disuasión ha exacerbado en muchas ocasiones la marginación social de estos grupos. Por lo general, recurrir a medidas de justicia penal para responder a los que son

fundamentalmente problemas sanitarios y socio-económicos ha sido inadecuado. Hay un gran margen de maniobra para abordar el consumo de drogas, sus causas y consecuencias dentro del marco de estrategias de protección social. Las redes de protección social en los programas de desarrollo deben ser readecuadas para llegar a personas vulnerables que podrían involucrarse –o están ya involucradas– en el mercado de drogas.

Se deberían desarrollar redes de protección social para abordar las causas y consecuencias del consumo de drogas.

Las políticas de drogas y las cuestiones de género

El ODM 3 insta a promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

Durante la última década, el tema de género se ha convertido en un ámbito fundamental de los debates del desarrollo y han recibido un papel destacado en los ODM. Sin embargo, las consideraciones de

Las mujeres se ven especialmente afectadas por políticas de drogas perjudiciales y sus necesidades se deberían abordar mediante estrategias de fiscalización de estupefacientes a largo plazo.

género mayormente se han quedado al margen de las políticas de drogas. El discurso dominante sobre las mujeres que consumen drogas se centra en el marco de la vulnerabilidad al contagio del VIH e ITS.¹¹ Pero hay otros factores que han recibido hasta la fecha poca atención en políticas de drogas y en estrategias de desarrollo, como la situación social de las mujeres y su frecuente bajo nivel de autonomía, el estigma social, los abusos de la policía y los tribunales, y el temor de castigo o pérdida de la custodia de los hijos, así como la falta

de servicios de tratamiento y atención de la salud destinados a mujeres para la reducción de daños y de la dependencia de las drogas.¹²

Los programas y las políticas tampoco han tomado nota del papel concreto que desempeñan las mujeres en el cultivo para el mercado ilícito y el tráfico de drogas. Las mujeres, por ejemplo, participan en la mayoría de las fases del cultivo de adormidera y, en zonas de conflicto, deben cubrir muchas veces el vacío de mano de obra dejado por los hombres implicados en el conflicto. Además, las mujeres son utilizadas muchas veces como “correos” o “mulas” para el tráfico de drogas (véase el [cuadro 2](#)).

Cuadro 2. Género, pobreza y transporte personal de drogas¹³

Entre 2006 y 2009, el número de mujeres extranjeras detenidas por delitos de tráfico de drogas en Brasil aumentó un 253 por ciento. Igualmente, la población penitenciaria femenina en el Reino Unido se ha duplicado en la última década, y la tendencia sigue al alza. Las estadísticas oficiales británicas muestran un incremento del 60 por ciento en el número de ciudadanas extranjeras que han cometido un delito de drogas, principalmente de tráfico. Éstas son, casi siempre, personas sin antecedentes penales de los países más pobres del mundo; la mayoría son de Jamaica y Nigeria. Estas ‘traficantes internacionales de drogas’ son, en realidad, lo que se conoce como ‘correos de drogas’. A pesar de los graves peligros que enfrentan, estas mujeres se convierten en correos de drogas casi siempre porque se encuentran en situaciones de extrema pobreza.

Encarcelar a estas mujeres con largas sentencias (en la mayoría de los casos del Reino Unido, entre 6 y 8 años) ha tenido un impacto mínimo en las grandes redes globales de tráfico, que cuentan con una reserva inagotable y fácilmente sustituible de correos en situación desesperada. Desarrollar enfoques para reducir la pobreza, programas para generar ingresos y estrategias para empoderar a las mujeres en los países de origen serían, sin duda, medidas más eficaces. Ello evitaría que estas mujeres cayeran presa de la explotación de grupos delictivos, y privaría a las grandes organizaciones de tráfico de drogas de estos recursos humanos baratos y prescindibles, con cuya desesperación generan dinero y poder los traficantes.

Algunos programas incorporaran estrategias que enfatizan las necesidades y características singulares de las mujeres afectadas por las drogas controladas, con especial atención a sus contextos culturales y sociales. En tales casos,¹⁴ las estrategias en cuestión:

- aseguran que las evaluaciones en materia de género formen parte de los análisis de situación de todos los proyectos de drogas y desarrollo, y que los programas estén diseñados de forma que garanticen la participación equitativa de mujeres y hombres en los servicios, así como el acceso equitativo a éstos;
- identifican y abordan las barreras jurídicas, políticas, socio-económicas y culturales que perpetúan la vulnerabilidad de las mujeres ante los traficantes de drogas;

- promueven campañas de sensibilización y educación para reducir el estigma y empoderar a las comunidades, de forma que éstas enfrenten los problemas de consumo de drogas específicos de las mujeres;
- fomentan programas de drogas que incorporen una perspectiva de género mediante la incidencia política y generación de redes a escala internacional, nacional y comunitaria, y en el marco de programas multisectoriales; las necesidades de las mujeres se deberían incluir en las directrices, los objetivos y las estrategias sobre drogas (véase el [cuadro 3](#));
- establecen vínculos entre programas para la dependencia de drogas y centros que proporcionan servicios de atención prenatal y obstetricia/ginecología, bienestar y protección de menores, atención en situaciones de crisis (como refugios para mujeres o asistencia en casos de agresión sexual) y salud mental, con el fin de garantizar la amplia gama de apoyo que necesitan las mujeres;
- se aseguran de que las mujeres que consumen drogas se puedan beneficiar de la protección de la ley con el pleno respeto de sus derechos;
- abordan las interrelaciones existentes entre consumo de drogas y trabajo sexual a través, por ejemplo, de servicios de reducción de daños dirigidos a trabajadoras sexuales o estableciendo relaciones de colaboración con programas destinados a dichas trabajadoras, con el objetivo de proporcionarles servicios de reducción de daños.

Cuadro 3. Pasos concretos para facilitar la integración de cuestiones de género en los ciclos de los programas de desarrollo¹⁵

El Programa regional de Asia sobre el VIH/SIDA (HAARP) respalda los programas de reducción de daños con perspectiva de género en el sudeste asiático. La estrategia de integración de las cuestiones de género del HAARP, desarrollada en 2008, incluye una 'lista de verificación sobre género'. El equipo de asistencia técnica del HAARP comenzó a utilizar esta lista como guía para un proceso de consulta con los programas de cada país, con la idea de ayudarles a reflejar sus avances, desafíos y oportunidades en materia de programación con perspectiva de género. La lista recoge varias afirmaciones que describen distintos aspectos de un programa de calidad que integre la perspectiva de género. Estos componentes se enumeran bajo una serie de rubros:

- colaboraciones y participación
- fomento de capacidades
- programas y servicios
- seguimiento y evaluación

Los programas nacionales pueden utilizar esta lista para evaluar sus avances con respecto a una programación integral y con perspectiva de género, tanto para hombres como mujeres que consumen drogas inyectadas, así como para sus parejas y cónyuges.

Las políticas de drogas, la prevención del VIH y la salud pública

El ODM 6 exhorta a detener y revertir la propagación del VIH/SIDA y el logro del acceso universal a su tratamiento.

En muchos lugares del mundo, la epidemia del VIH se ve impulsada por el uso compartido de material de inyección contaminado para el consumo de drogas. En la mayoría de los países, las iniciativas para desarrollar y poner en práctica respuestas pragmáticas al consumo de drogas basadas en la salud y la

Las estrategias de reducción de daños de base empírica reducen con eficacia la transmisión del VIH entre personas que consumen drogas.

reducción de daños se han visto en ocasiones limitadas o socavadas por unas políticas fundamentalmente punitivas.

La criminalización del consumo y la tenencia de drogas pueden dificultar el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH dirigidas a consumidores de drogas inyectables. Según fuentes no gubernamentales que reportan a ONUSIDA, sólo el 16 por ciento de los países cuentan con leyes o normativas que

protegen a las personas que consumen drogas de la discriminación. Se estima, además, que el 40 por ciento de los países tiene leyes que entorpecen la capacidad de los servicios para llegar a las personas que se inyectan drogas.¹⁶ Las restricciones impuestas sobre el acceso a TSO por parte de personas dependientes de opioides, en particular, constituyen una barrera importante para la prevención del VIH y otras medidas de salud pública.¹⁷

Hay una serie de servicios de reducción de daños de base empírica que se pueden ofrecer a las personas que consumen drogas. Entre ellos estarían, por ejemplo, los TSO y los PIAJ (para más información, véase el [apartado 3.2: Reducción de daños](#)).

Las políticas de drogas y la protección del medio ambiente

El ODM 7 busca incorporar el desarrollo sostenible en las políticas nacionales y revertir la pérdida de recursos medioambientales.

Existen numerosas oportunidades y formas de vincular estrategias de protección al medioambiente con programas para reducir la oferta de drogas.

La erradicación forzosa es una causa importante de deforestación, ya que, al destruir los cultivos, los campesinos trasladan la producción a zonas remotas. En la región andino-amazónica, esto suele darse con la quema de terrenos en parques naturales y selvas tropicales, lo cual se traduce en grandes daños para unos ecosistemas muy ricos, pero frágiles.

Las políticas de drogas deberían tener en cuenta la protección del medio ambiente.

La erradicación de cultivos también está asociada con toda una serie de consecuencias para la salud y el medio ambiente. En Colombia, el glifosato usado para fumigar los campos de coca ha provocado problemas gastrointestinales, fiebres, migrañas, náuseas, catarros y vómitos para los residentes y efectos parecidos en los animales. En algunos casos, las fumigaciones han obligado a comunidades enteras a abandonar sus aldeas.¹⁸ El manejo de los recursos naturales en las regiones con cultivos destinados a mercados ilícitos suele ser poco apropiado y se traduce en una creciente tala de bosques y vinculación entre cultivo y tráfico de drogas. Para contrarrestar estos problemas, se han estudiado y/o aplicado localmente varias medidas (véase el [cuadro 4](#)),¹⁹ como:

- el desarrollo de nuevos enfoques para el cultivo y el procesamiento de productos agrícolas. Esto incluye, entre otras cosas, respaldar a asociaciones de pequeños productores en la piscicultura, la producción frutícola y la mejora de productos (por ejemplo, jugos de fruta) y para la comercialización de dichos productos;
- el fomento de medidas agrícolas y forestales, con especial énfasis en la compatibilidad medioambiental, así como medidas fuera de explotaciones agrícolas;
- la transformación de los amplios conocimientos de la población indígena sobre el cultivo de plantas medicinales en oportunidades de generación de ingresos para sus comunidades;

- el apoyo a pequeños y medianos ganaderos para promover una práctica económicamente sostenible y socialmente autosuficiente, mejorando la rentabilidad de la producción y la comercialización, e incrementando la sostenibilidad ecológica.

Cuadro 4. Promoción de fuentes legales de ingreso en zonas de cultivo de coca en Perú²⁰

La región de la Selva Central de Perú es propensa al cultivo de la hoja de coca porque atrae a migrantes de las tierras altas y ofrece unas oportunidades limitadas de generación de ingresos lícitos. El manejo de los recursos naturales en la región es, por lo general, poco apropiado. Una de las consecuencias de ello es la creciente tala de la selva tropical. La otra es la posible expansión del cultivo de coca en paralelo al tráfico de sustancias, con todos los efectos negativos que ello conlleva para la ecología, la economía y las infraestructuras sociales.

El proyecto 'Promoción de productos especializados en dos regiones de cultivo de coca en Perú' se puso en marcha en 1997 para apoyar a una serie de grupos de productores indígenas en la diversificación y comercialización de plantas medicinales y otros productos forestales no madereros. El objetivo era tanto transformar los amplios conocimientos de la población indígena sobre plantas medicinales en oportunidades de generación de ingresos para sus comunidades, como contrarrestar la marginalización de dichos grupos. Como no eran propietarias de los terrenos donde cultivaban coca, no se las solía incluir en los proyectos de desarrollo alternativo. Sin embargo, estas comunidades, que comprenden del 5 al 10 por ciento de la población en las zonas de cultivo, eran objeto de constantes presiones culturales y socio-económicas, y de amenazas de desplazamiento. Partiendo de los conocimientos de los grupos indígenas, se demostró que era posible incrementar y garantizar la calidad de los productos, y se establecieron contactos con distribuidores para comercializar productos exportables.

Para la población indígena, el cultivo y la comercialización de plantas medicinales autóctonas representan una salida económica social y ecológicamente compatible, arraigada en sus saberes tradicionales que posibilita la integración en mercados modernos. Este tipo de proyectos busca asegurar que se valoren y se protejan los recursos naturales y los conocimientos tradicionales, a la vez que se fortalecen y se mejora la sostenibilidad de las estructuras económicas y sociales legales, con el fin de socavar los cimientos de las actividades ilícitas.

Una alianza más amplia para el desarrollo

En la Cumbre de la ONU de 2010, los líderes mundiales reiteraron que "todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio están interconectados y se refuerzan mutuamente"²¹ y subrayaron la necesidad de alcanzar los ODM con un enfoque amplio y holístico. Lamentablemente, hasta la fecha no han tratado los nexos entre drogas y desarrollo, neutralizando todo enfoque global y amplio hacia la consecución de los ODM y entorpecimiento el logro de éxitos duraderos..

En el transcurso de los años, los socios en el ámbito de la cooperación han adoptado posturas divergentes y enfoques desvinculados frente a las drogas y el desarrollo. Esto ha sucedido a pesar del respaldo colectivo por los ODM y otros principios rectores, como los articulados en las convenciones de la ONU en materia de estupefacientes y la sesión especial de la Asamblea General de la ONU sobre drogas de 1998, que recogen el principio de desarrollo humano basado en la responsabilidad compartida por el consumo, el tráfico y el cultivo de drogas. El respaldo colectivo de los ODM ha tenido un impacto mínimo en la práctica de enfoques inconexos de drogas y desarrollo.

Es hora de ampliar el alcance de los análisis y adoptar políticas de drogas más integrales.

Los Estados Unidos, por ejemplo, han dedicado grandes esfuerzos a erradicar cultivos destinados a los mercados ilícitos como forma de reducir la oferta. En contraste, la UE prioriza el establecimiento de sistemas sostenibles de medios de vida lícitos previamente a la erradicación y bajo la premisa de que la cooperación para el desarrollo no debería estar supeditada a objetivos de control de drogas.²² Pocos donantes internacionales²³ han intentado reducir los problemas relacionados con las drogas promoviendo procesos de desarrollo más amplios. Y aún menos ven el control de drogas como un instrumento de desarrollo humano o entienden que la reducción de la oferta se derivará más probablemente de procesos de desarrollo integrados a largo plazo que de intervenciones a corto plazo que acarrear graves consecuencias para las comunidades implicadas.

Independientemente del enfoque, ahora está claro que los proyectos de drogas y desarrollo desplegados por separado no han reducido los daños asociados con el mercado mundial de drogas, ni han potenciado el desarrollo socio-económico. En la práctica, muchas veces se ha producido el efecto contrario, y algunos proyectos han creado nuevas vulnerabilidades y/o exacerbado las ya existentes.

Aunque la gravedad de la crisis generada por las drogas ha dado lugar a algunos llamamientos importantes para que se revisen con un ojo crítico las actuales estrategias de fiscalización de estupefacientes (véase el [apartado 2.1: Reforma de las leyes de drogas](#)),²⁴ es también hora de ampliar el alcance de los análisis y las acciones, y adoptar políticas más integrales. Las políticas y las estrategias deben abordar conjuntamente las causas del problema (especialmente aquellas que se derivan directamente de estrechas políticas de control de drogas) y no sólo sus síntomas. Así, el consumo se debe tratar junto con cuestiones de desempleo, exclusión social, discriminación y precariedad en la vivienda y la desatención de la salud, sobre todo entre comunidades marginadas; la producción y el transporte se deben vincular con el desarrollo y la reducción de la pobreza en entornos rurales; y el tráfico de drogas se debe enfrentar reenfoándose en los beneficiarios reales de las ganancias de las drogas y asociarse, por tanto, con estrategias de lucha contra el lavado de dinero y el crimen organizado.

Toda estrategia política alternativa también debería estudiar seriamente posibles vías con respecto a la despenalización, la descriminalización o la regulación legal del consumo y/o la producción de cultivos usados en la producción de drogas (véase el [apartado 2.1: Reforma de las políticas de drogas](#)).

Recomendaciones

- 1) Las consideraciones de corto y largo plazo sobre desarrollo social y económico, con especial atención en los objetivos y metas de los ODM, deberían ser los cimientos sobre los cuales construir enfoques integrales de desarrollo frente a las drogas controladas.
- 2) Los programas de drogas y desarrollo deben ser complementarios e involucrar a todas las partes interesadas relevantes en el diseño y la aplicación de políticas integradas.
- 3) Todas las partes interesadas que trabajen sobre políticas de drogas y desarrollo deben acordar un lenguaje y visión comunes sobre los objetivos generales de su empeño antes de diseñar los programas pertinentes.
- 4) Los programas integrados de drogas y desarrollo deberían promover un cambio positivo en las vidas de las personas que participan en la producción, el transporte personal, el tráfico y el consumo de drogas, con el fin de proporcionarles alternativas viables al mercado ilícito de drogas. Estos programas deberían abordar también cuestiones específicas de género.

- 5) Las políticas de drogas no deberían perseguir reducir las dimensiones del mercado de drogas, sino aspirar a rebajar los daños asociados con dichos mercados a través de un enfoque orientado al desarrollo (véase el [apartado 4.2: Reducción de la violencia de los mercados de drogas](#)).
- 6) Se deberían fomentar medios de vida alternativos como única opción viable para reducir la producción de cultivos utilizados en el mercado ilícito de drogas (véase el [apartado 4.3: Fomento de medios de vida alternativos](#)).
- 7) Las políticas de drogas definidas en programas de desarrollo deberían buscar promover los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas, y utilizar los conocimientos, la experiencia y la participación de éstos para desarrollar las políticas y los programas que les afectan (véase el [apartado 4.4: Protección de los derechos de los pueblos indígenas](#)).

Recursos clave

Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ (2001), *Drugs and development in Latin America* (German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) and the Deutsche).

Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) (2004), *Development-oriented drug control HIV* (New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute), <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-andenlaender.pdf>

International Drug Policy Consortium & Talking Drugs (2011), *IDPC Magazine, version 3 – Drug control and development: Making a positive choice*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/Issue%203.pdf>

Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (2010), *Políticas de drogas y desarrollo: El impacto de las políticas de drogas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/Drug-policy-and-development-SPA.pdf>

Nossal Institute for Global Health (diciembre de 2010), *Dependent on development – The interrelationships between illicit drugs and socioeconomic development*, http://idpc.net/sites/default/files/library/Dependent_on_Development_Report_and_Case_Studies_March2011.pdf

Open Society Foundations (2011), *By women, for women - New approaches to harm reduction in Russia*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/russia-women-harmreduction-20110803.pdf>

MacMillan, P. & World Bank (2010), *Innocent bystanders: developing countries and the war on drugs* (Philippe Keefer & Norman Loayza). <http://idpc.net/publications/world-bank-innocent-bystanders>

Pinkham S. & Malinowska-Sempruch, K. (2007), *Women, harm reduction, and HIV* (New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute).

Notas

- 1 Naciones Unidas (2010), *Podemos erradicar la pobreza, 2015, Objetivos de Desarrollo del Milenio*, <http://www.un.org/es/mdg/summit2010/>
- 2 Asamblea General de las Naciones Unidas (2000), *Resolución aprobada por la Asamblea General 55/2. Declaración del Milenio*, <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- 3 Thoumi, F.E. (2003), *Illegal drugs, economy and society in the Andes* (Washington DC, Baltimore: Woodrow Wilson Center Press); Rhodes, T., Lilly, R., Fernandez, C. *et al.* (2003), 'Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"', *Drugs: education, prevention, and policy*, **10**(4): 303–329; Deutsche Gesellschaft für Technische

- Zusammenarbeit (GTZ) (2003), *Drugs and poverty: the contribution of development-oriented drug control to poverty reduction – a cooperative study of the Drugs and Development Programme and the Cooperation Project of GTZ* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-drugs-poverty-english.pdf>
- 4 Count the Costs (2011), *The war on drugs: causing deforestation and pollution* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Environment-briefing.pdf>
 - 5 Según un estudio del Washington State Institute for Public Policy, los tratamientos de drogas realizados en el seno de la comunidad son muy beneficioso en términos de costes, especialmente comparados con los desplegados en entornos penitenciarios. Se calcula que cada dólar que se gasta en tratamiento de drogas en la comunidad reporta 18,52 dólares en beneficios a la sociedad. Justice Policy Institute (2008), *Substance abuse treatment and public safety*, (Washington DC: Justice Policy Institute), http://www.justicepolicy.org/images/upload/08_01_REP_DrugTx_AC-PS.pdf. Véase también Shepard, E. & Blackley, P.R. (2004), 'US drug control policies: Federal spending on law enforcement versus treatment in public health outcomes', *Journal of Drug Issues*, **34**(4): 781–782.
 - 6 Glaze, J.A. (October 2007), *Opium and Afghanistan: reassessing US counternarcotics strategy* (Carlisle, PA: Strategic Studies Institute, US Army War College), <http://www.strategicstudiesinstitute.army.mil/pdf/files/pub804.pdf>
 - 7 Nossal Institute for Global Health (diciembre de 2010), *Dependent on development – the interrelationships between illicit drugs and socioeconomic development* (Melbourne: Nossal Institute for Global Health), http://idpc.net/sites/default/files/library/Dependent_on_Development_Report_and_Case_Studies_March2011.pdf
 - 8 Feingold D.A. (1997), The hell of good intentions: some preliminary thoughts on opium in the political ecology of the trade in girls and women, in Evans G., Hutton, C. & Eng, K.K. (2000), *Where China Meets Southeast Asia: social & cultural change in the border regions* (Singapore: ISEAS/ Bangkok: White Lotus/ New York: St. Martin's Press).
 - 9 Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ (2001), *Drugs and development in Latin America* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-andenlaender.pdf>
 - 10 Éste sería especialmente el caso de los países de Asia meridional. Unos niveles de desarrollo social y económico superiores al promedio parecen favorecer el consumo de metanfetamina por parte de las poblaciones más jóvenes, sobre todo de jóvenes en edad escolar y estudiantes universitarios en Tailandia, Macao y Hong Kong. Los rápidos cambios socio-económicos de esta región también suponen que los grupos más pobres y vulnerables de la sociedad (como, por ejemplo, conductores de camiones, pescadores, agricultores y trabajadores migrantes) se ven a menudo obligados a aceptar condiciones laborales precarias, con un salario bajo y muchas horas de trabajo. Estos factores alimentan el consumo de drogas, sobre todo de estimulantes de tipo anfetamínico. Chouvy P.A., & Meissonnier J. (2005), *Yaa Baa: production, traffic, and consumption of methamphetamine in mainland Southeast Asia* (Singapore: Singapore University Press).
 - 11 Las trabajadoras sexuales que consumen drogas inyectadas reciben cierta atención por su alto riesgo de contraer el VIH y la posibilidad de que actúen como 'puente de contagio', por el que transmitirían el VIH a sus clientes y éstos, a su vez, a sus parejas, que no se dedican al trabajo sexual. Los estudios sobre las trabajadoras sexuales que se inyectan drogas suelen adolecer de un enfoque muy miope, que se centra en la contención de estas trabajadoras más por ser un 'vector de contagio' que en pro de la salud, la seguridad y los derechos humanos de las personas que consumen drogas y las trabajadoras sexuales en sí. Véase Pinkham S, Malinowska-Sempruch K (2007), *Women, harm reduction, and HIV* (New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute).
 - 12 Global Coalition of Women and AIDS (2011), *Women who use drugs, harm reduction and HIV* (Geneva: Global Coalition of Women and AIDS), <http://idpc.net/sites/default/files/library/women-drugs-HIV-harm-reduction.pdf>
 - 13 BBC News (21 de diciembre de 2009), *The risks of women drug mules in Brazil*, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/8418878.stm>; Talking Drugs (abril de 2010), *The lost women of the drug trade*, <http://www.talkingdrugs.org/the-lost-women-of-the-drug-trade>
 - 14 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2004), *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), http://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf; Open Society Foundations (2011), *By women, for women – new approaches to harm reduction in Russia*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/russia-women-harmreduction-20110803.pdf>
 - 15 HIV/AIDS Asia Regional Programme (HAARP) (2008), *Gender integration strategy*, http://www.haarp-online.org/LinkClick.aspx?fileticket=Us_k4jMTM_o%3D&tabid=2171
 - 16 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008), *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008*, <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/epidemiology/2008reportontheglobalaidsepidemic/>
 - 17 World Health Organization (2005), *Evidence for Action Technical Paper – Effectiveness of drug treatment in preventing HIV among injecting drug users* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependence_final.pdf

- 18 Comisión de Derechos Humanos, 61º período de sesiones (10 de noviembre de 2004), Derechos humanos y cuestiones indígenas – Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, Sr. Rodolfo Stavenhagen (E/CN.4/2005/88/Add.2), <http://www2.ohchr.org/english/bodies/chr/sessions/61/lisdocs.htm>
- 19 Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ (2001), *Drugs and development in Latin America* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-andenlaender.pdf>)
- 20 Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ (2001), *Drugs and development in Latin America* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-andenlaender.pdf>)
- 21 Asamblea General, 65º período de sesiones, Resolución 65/1 – *Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (A/RES/65/1), <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/65/1>
- 22 EU presidency paper (4 de julio de 2008), Key points identified by EU experts to be included in the conclusion of the open-ended intergovernmental expert working group on international cooperation on the eradication of illicit drug crops and on alternative development (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/UNODCCND2008WG33.pdf>
- 23 Una excepción notable es Alemania, que persigue objetivos de fiscalización de estupefacientes en el marco de estrategias de desarrollo más generales, bajo el concepto de 'control de drogas orientado al desarrollo'. Véase <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/development-oriented-drug-policy.pdf>
- 24 Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf

4.2 Reducción de la violencia de los mercados de drogas

En este apartado

- Violencia relacionada con las drogas
- La naturaleza de los mercados de drogas
- Promoción del enfoque de reducción de daños en el ámbito de la oferta

Las políticas de drogas y las estrategias de aplicación de la ley se deberían centrar en reducir la violencia asociada con los mercados de drogas en lugar de sus dimensiones generales, así como en mitigar los niveles de desigualdad socio-económica en las zonas más afectadas por ellos.

¿Por qué es importante reducir la violencia relacionada con los mercados de drogas?

La violencia urbana y el crimen organizado son aspectos más preocupantes del mercado mundial de las drogas. Dado que quienes participan en el mercado ilícito de las drogas no pueden apelar al sistema legal para resolver sus disputas, con frecuencia recurren a la violencia para proteger su reputación, ingresos, territorios y ganancias. Los márgenes extraordinariamente altos de ganancias a disposición de quienes trafican y negocian con las drogas les otorgan también un gran incentivo para asumir los riesgos del comercio violento de sustancias (véase el [cuadro 1](#))

Cuadro 1. Declaración de un antiguo director ejecutivo de la ONUDD

“La primera consecuencia no deseada es un enorme mercado negro delictivo que en la actualidad prospera trasladando sustancias prohibidas de los productores a los consumidores. Ya sea que estén impulsados por un ‘empuje de la oferta’ o por un ‘tirón de la demanda’, los incentivos financieros para ingresar en este mercado son considerables. No escasean los delincuentes que compiten sin reparar en medios para apoderarse de una parte de un mercado en el que no es inusual que el precio de la venta al por menor sea cien veces superior al precio de producción.”¹

Últimamente, muchas regiones han experimentado un creciente nivel de violencia relacionada con los mercados de drogas. El Caribe se ha convertido en la región más afectada por la violencia letal; en 2008, los índices de homicidios en Jamaica alcanzaron las 58 muertes por cada 100.000 habitantes,² antes de que se redujeran ligeramente en 2011.³ En la misma línea, México está viviendo actualmente una explosión de violencia relacionada con los mercados de drogas. Desde diciembre de 2006, han muerto al menos 47.000 personas como consecuencia de esta violencia,⁴ y Ciudad Juárez, en la frontera con los Estados Unidos, es la ciudad más violenta del mundo.⁵ En cambio, otras ciudades

Hay que incidir en el mercado ilícito para que éste sea menos nocivo, promover el desarrollo socio-económico. Las instituciones de justicia y los vínculos comunitarios son enfoques más eficaces para fortalecer la seguridad ciudadana y frenar el crimen organizado.

latinoamericanas han experimentado una disminución de sus tasas de asesinatos en comparación con las que presentaban hace una década. La capital colombiana, Bogotá, antes la ciudad más violenta del mundo, fue testigo en 2011 de una reducción en sus tasas de homicidio, que descendieron hasta 21,5 personas por cada 100.000 habitantes.⁶ Igualmente, en muchas ciudades estadounidenses que presenciaron brotes de violencia urbana en la década de 1990, se ha visto una disminución de la violencia en los últimos años. Las ciudades europeas, pese a albergar algunos de los mercados de drogas más lucrativos, resultan menos afectadas por la violencia urbana a gran escala.

Las pruebas sugieren que los incrementos de la violencia están en gran medida vinculados con las rutas de tránsito de drogas controladas, y relacionados con el consumo de sustancias en zonas donde la pobreza es elevada y la gobernanza es frágil. Puerto Rico tenía una tasa muy baja de homicidios hasta que se convirtió en un punto de trasbordo de cargamentos de droga en ruta hacia los Estados Unidos. Los traficantes pagaban a intermediarios con drogas, aumentando el consumo local, así como la incidencia de delitos violentos, en la década de 1990.⁷ El mismo fenómeno se está produciendo en África occidental, que se ha convertido en una nueva zona de tránsito para las drogas con destino a Europa.

Hasta la fecha, los gobiernos han creído que aplicar duras leyes de drogas contra los traficantes y los consumidores reduciría automáticamente la violencia, cerrando los mercados de las drogas. Sin embargo, estas medidas no han reducido el mercado global de drogas ni la violencia que produce. En la práctica con frecuencia sucede lo contrario. El uso de la fuerza por la policía y las fuerzas armadas ha tendido a recrudecer la violencia. Un enfoque que busque reducir los daños generados por el mercado ilícito, y vaya acompañado del desarrollo socio-económico y el fortalecimiento de las instituciones de justicia y los vínculos comunitarios, es más eficaz para mejorar la seguridad ciudadana frente a altos niveles de violencia y para reducir el alcance de poderosos grupos de delincuencia organizada.⁸ Algunos expertos han empezado a promover este enfoque como la aplicación de una "reducción de daños en el ámbito de la oferta".⁹

Violencia relacionada con las drogas

Hay distintas etapas en la travesía que realizan las drogas desde su lugar de cultivo hasta su punto de consumo. Cada una de ellas está asociada con distintas formas de violencia.

Producción de drogas

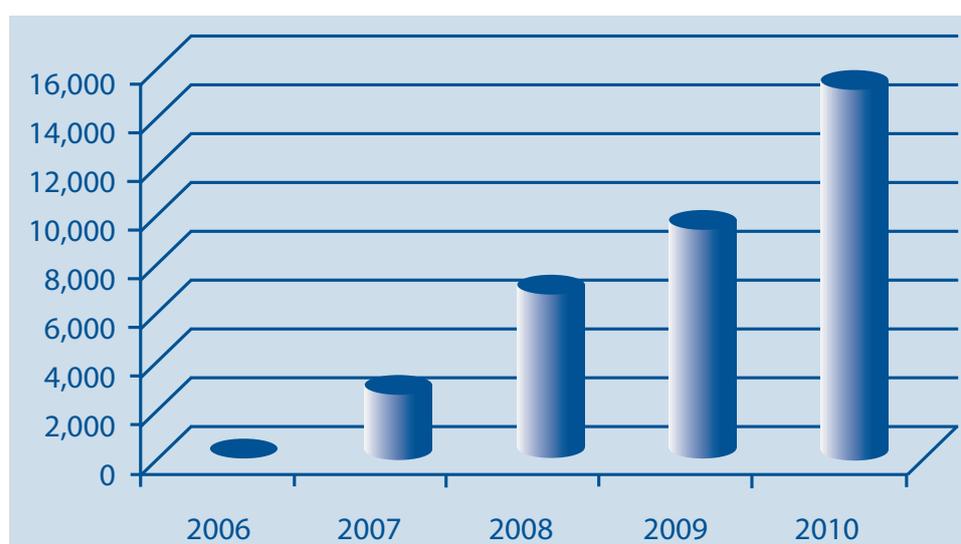
La violencia se puede emplear para controlar los cultivos destinados al mercado ilícito de las drogas. Ello incluye el uso de la violencia por parte de personas y grupos que buscan proteger sus cosechas de la confiscación o destrucción a cargo de autoridades estatales o de grupos delictivos rivales. En Colombia, se producen enfrentamientos frecuentes entre cultivadores y facciones de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia.¹⁰ La violencia también se utiliza habitualmente en Afganistán. En 2001, los talibanes restringieron significativamente la producción de opio a través de amenazas de violencia contra los agricultores de adormidera. Los soldados de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) también están participando en operaciones letales con el fin de controlar los campos de adormidera afganos.¹¹ En la región andina se viven también formas de violencia menos directa, como la contaminación de cultivos alimentarios y reservas de agua, y el desplazamiento de campesinos debido a las campañas de fumigación aérea con herbicidas.

Los cultivos destinados al mercado ilícito también tienden a proliferar en áreas afectadas por el conflicto. En Colombia, por ejemplo, la coca y la adormidera se cultivan en zonas donde guerrillas de izquierda y fuerzas paramilitares de derecha luchan por el dominio territorial o por controlar las diversas etapas de producción ilícita de drogas. Las violentas incursiones del ejército colombiano exacerban las tensiones a las que está sometida la población local y contribuyen a la violación de sus derechos humanos.

Tráfico de drogas

Los niveles de violencia asociados con el tráfico de drogas con destino a Europa y Norteamérica, especialmente en América Central y el Caribe son notables. México se ve especialmente afectado por la violencia relacionada con las drogas debido a intensos conflictos entre bandas de traficantes fuertemente armadas, y entre organizaciones de narcotraficantes y autoridades estatales, especialmente desde que el gobierno de Calderón intensificó su guerra contra los cárteles de drogas. En 2003, tras el encarcelamiento de varios capos del Cártel del Golfo, el de Sinaloa intentó asumir violentamente el control de las lucrativas rutas de contrabando del primero. El gobierno respondió con una gran campaña de represión contra los cárteles de drogas en 2006. El conflicto desató una escalada de violencia en las ciudades fronterizas (véase el gráfico 1).

Gráfico 1. Muertes por la guerra contra las drogas en México desde que se inició la ofensiva del presidente Calderón contra los cárteles¹²



Últimamente, las acciones represivas de las fuerzas de seguridad en el Caribe han obligado a narcotraficantes a buscar rutas alternativas. La droga que se envía a Europa se traslada ahora a través de África occidental, donde existe un incremento en el consumo de drogas y la violencia relacionada con éste. Esto es consecuencia del llamado 'efecto globo' (para una definición, véase el cuadro 2 del apartado 2.2: Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas).¹³

Mercados al por menor

El tráfico de drogas en las calles está asociado con altos niveles de violencia e intimidación. Sin embargo, los mercados al por menor no son necesariamente violentos, ni recurren a la violencia continuamente, e incluso se pueden desarrollar en ellos relaciones de cooperación entre traficantes callejeros. Esto exige, no obstante, que el gobierno o las autoridades locales reconozcan que siempre habrá cierto nivel de tráfico de drogas y que la atención se debería centrar en aquellos mercados al por menor que provoquen más daños a la sociedad, tolerando, implícitamente, otras formas menos dañinas de ventas al menudeo.

La naturaleza de los mercados de drogas

Diversos factores influyen sobre los niveles de violencia asociados con los mercados de drogas:

- **la medida en la que el comercio de drogas al por mayor se ha infiltrado en la estructura institucional de una ciudad** – algunas ciudades en América Latina, el Caribe y África occidental, donde los mercados de drogas se han entrelazado con la competencia entre negocios locales, aparatos burocráticos y políticos son, por ejemplo, sumamente vulnerables a la violencia.
- **el tipo de mercado de droga al por menor** – los mercados de drogas abiertos, en la calle, tienden a ser violentos, ya que los traficantes compiten en ellos por ganar dinero, clientes, territorio y reputación. En cambio, los mercados de entrega a domicilio están asociados con menores niveles de violencia, en la medida en que los traficantes evitan deliberadamente la violencia para no atraer la atención de sus rivales y de la policía. Aunque, en términos generales, la prevalencia del consumo de drogas en ambos tipos de mercados de drogas suele ser comparable, los mercados ocultos evitan algunos de los efectos negativos del tráfico abierto en la calle, con sus importantes repercusiones para la seguridad de la comunidad, la reputación del vecindario y motivaciones para que varones jóvenes aspiren a estilos de vida delictivos. Los mercados de entrega a domicilio son también más móviles y los traficantes alteran con frecuencia los lugares de entrega para evitar a la policía y a traficantes rivales. Esto significa que la disminución de la violencia viene acompañada de una reducción de la concentración espacial de problemas relacionados con el mercado de las drogas en barrios económicamente vulnerables.
- **circunstancias socio-económicas** – las ciudades y los vecindarios que son económicamente vulnerables, y sufren de una falta de oportunidades de empleo o padecen segregación urbana, son más vulnerables a los mercados de drogas y a la violencia. La escasez de oportunidades también genera una falta de cohesión comunitaria, reduciendo la posibilidad de que se ejerza un control social informal sobre el consumo de drogas y la violencia.
- **violencia estatal** – cuando los organismos de aplicación de la ley incrementan la intensidad de sus operaciones contra los mercados de drogas, los índices de violencia urbana pueden aumentar vertiginosamente. En algunos casos, el Estado puede convertirse en una de las principales fuentes de la violencia asociado al mercado de drogas. Incluso si dejamos de lado a aquellos países donde aún se recurre a la pena de muerte para los delitos de drogas, hay otros (incluyendo, en diversos momentos, Tailandia [véase el [cuadro 2](#)], México y Brasil) donde las políticas de control de drogas han llevado a elevados niveles de violencia urbana.

Cuadro 2. La guerra contra las drogas de Tailandia en 2003

En febrero de 2003, el gobierno tailandés inició una 'guerra contra las drogas' que llevó al asesinato extrajudicial de unas 2.800 personas, el arresto arbitrario de otros miles, y el uso de unos niveles de violencia extrema por parte de funcionarios gubernamentales.¹⁴ En agosto de 2007, el gobierno del general Surayud Chalanont, instalado por el ejército, designó un comité especial para investigar los asesinatos extrajudiciales cometidos en 2003, en el transcurso de esa ofensiva contra las drogas. Según el informe del comité, que nunca se ha hecho público, de las 2.819 personas asesinadas entre febrero y abril de 2003, más de 1.400 no estaban involucradas en el mercado de drogas, y no existía ningún motivo aparente para acabar con sus vidas.¹⁵

- **la disponibilidad de armas de fuego** – los mercados de drogas inundados de armas automáticas y semiautomáticas son, naturalmente, más violentos y letales. Una vez introducidas, es sumamente difícil eliminar las armas de fuego. Ello brinda un incentivo tanto para prevenir el desarrollo de mercados violentos de drogas como para limitar la disponibilidad de armas de fuego entre la población en general.

Promoción del enfoque de reducción de daños en el ámbito de la oferta

El reto para los responsables de formular políticas consiste en diseñar estrategias para la aplicación de la ley que generen incentivos para que los traficantes de drogas eviten los peores aspectos de violencia, la intimidación y la corrupción.

En los últimos años, varios gobiernos locales han dado un giro en sus enfoques y han experimentado con nuevas políticas que persiguen incidir en el mercado ilícito de drogas con el objetivo de reducir los daños y la violencia asociados a éste. Estas políticas se han centrado fundamentalmente en abordar las raíces de fondo de la violencia relacionada con las drogas y la delincuencia organizada, combinando iniciativas de aplicación de la ley y programas socio-económicos que buscan:

Algunas nuevas políticas se han centrado en tratar las causas subyacentes de la violencia relacionada con las drogas combinando iniciativas de aplicación de la ley y programas socio-económicos.

- promover la buena gobernanza y el Estado de derecho;
- luchar contra la corrupción en el seno de las fuerzas policiales y las instituciones gubernamentales;
- proporcionar servicios de salud y socio-económicos a comunidades que, hasta el momento, estaban fuera del alcance del Estado. Este esfuerzo incluye la construcción de centros de salud, el fomento de la educación mediante la concesión de becas, la construcción de bibliotecas, parques y centros comunitarios, la creación de programas para desarrollar habilidades para la vida, etcétera;
- fortalecer los vínculos comunitarios y la participación de sus representantes en el diseño y la aplicación de programas para reducir la violencia relacionada con los mercados de drogas;
- involucrar a responsables locales de la formulación de políticas en la coordinación y el apoyo de estrategias locales.

La nueva política adoptada en Río de Janeiro, Brasil, ha suscitado una gran atención en América Latina y otras regiones (véase el [cuadro 3](#)). Otro caso interesante, presentado en el [cuadro 4](#), es el de la ciudad de Santa Tecla, en El Salvador. El ejemplo final del [cuadro 5](#) explica el principio de 'aplicación de la ley basada en la disuasión selectiva', adoptado en algunas comunidades estadounidenses para reducir la violencia relacionada con el mercado de drogas.

Cuadro 3. Las 'Unidades de Policía Pacificadora' en Río de Janeiro¹⁶

Río de Janeiro tiene una larga historia de violencia asociada con las drogas controladas, la delincuencia organizada y la represión policial. En Río, el comercio de drogas sigue concentrado en comunidades económica y socialmente vulnerables que viven en las *favelas* (barrios marginales) de la ciudad. En la década de 1970, Río se convirtió en un punto de tránsito importante para la exportación de cocaína a Norteamérica, Europa y Sudáfrica. Muy pronto, grupos o facciones relacionados con las drogas se establecieron en las *favelas*, donde se convirtieron en figuras destacadas de la vida socio-política de la comunidad, al proporcionar a sus miembros servicios sociales y sanitarios y oportunidades de empleo en el comercio de las drogas; algo que no brindaba el propio Estado. En las décadas de 1980 y 1990, las divisiones existentes entre los diversos grupos de drogas, la creciente presencia de armas de gran calibre y las violentas intervenciones policiales en las *favelas* desembocaron en niveles de violencia cada vez más altos. El alto índice de muertes (en 2010, la tasa de asesinatos en Río alcanzó los 46 habitantes de cada 100.000), la sobrepoblación en las cárceles brasileñas por autores de delitos de drogas, los altos niveles de corrupción y el creciente mercado de las drogas llevó al gobierno de Río a revisar su política en materia de estupefacientes.

Las UPP (Unidades de Policía Pacificadora), que se desplegaron por primera vez en 2008 en la *favela* de Santa Marta, constituyen una nueva policía de seguridad pública que combina acciones para el cumplimiento de la ley con otras para tratar problemas sociales, económicos y culturales relacionados al mercado de drogas. Uno de los elementos clave de esta política es que debe centrarse en aquellas zonas donde el mercado es más perjudicial, reconociendo, al mismo tiempo, que se tolerará cierto nivel de tráfico en otros lugares. El proceso de pacificación consta de cuatro pasos:

- **invasión:** con este paso, se busca retomar el control de los territorios que se encuentran bajo la influencia de un cártel de drogas, conlleva la intervención del ejército;
- **estabilización:** anteriormente, el ejército solía invadir las *favelas* problemáticas y se retiraba de ellas pasadas unas horas. En la nueva estrategia, el ejército permanece en el territorio pacificado hasta que las UPP asumen el control;
- **ocupación:** las UPP empiezan a operar en las *favelas* y tratan de restaurar la ley y el orden a través de un sistema de patrullaje comunitario;
- **post-ocupación:** las UPP desarrollan una fuerte relación de confianza con la comunidad y establecen programas socio-económicos para potenciar las oportunidades de educación y empleo.

Desde 2008, las UPP han retomado el control de 17 *favelas*, aunque existen algunas críticas a esta política también. En primer lugar, algunos reclaman un sentimiento de militarización de las comunidades, ya que el ejército permanece durante mucho tiempo en las *favelas*, lo cual conlleva a un estrecho control, registros y decomisos arbitrarios, y acosos. Otros expresan inquietudes sobre la capacidad de las UPP para abordar la violencia relacionada con las drogas de forma amplia. En efecto, de las 1.000 *favelas* de la ciudad, hasta la fecha sólo se han pacificado 17. Esto podría conducir a los grupos de delincuencia organizada a trasladarse a las *favelas* vecinas que aún no han sido pacificadas y retomar allí sus actividades violentas. Sin embargo, las UPP han sido bien recibidas por los habitantes de las *favelas*. Según un estudio realizado en ocho *favelas* pacificadas, el 83 por ciento de los vecinos consideraba que la situación de la seguridad había mejorado a raíz del programa.¹⁷

Cuadro 4. El ejemplo de Santa Tecla, El Salvador¹⁸

Con una tasa nacional de homicidios de 66 personas por cada 100.000 habitantes en 2010, El Salvador tiene uno de los índices de asesinatos más altos del mundo. Una sangrienta guerra civil en la década de 1980, llevó a una gran migración interna del campo a las grandes ciudades. En 1986, un devastador terremoto dejó sin hogar a 100.000 personas. Hoy, El Salvador padece de altos niveles de violencia, principalmente en zonas urbanas. En una encuesta realizada en 2010, el 24,2 por ciento de los salvadoreños afirmó haber sido víctima de un delito en su propio barrio.

Durante la década de 1990, la cultura de las pandillas también se incrementó. Para abordar el problema, el gobierno utilizó fundamentalmente las fuerzas de seguridad y el sistema de justicia penal. Sin embargo, esta política apenas redujo los índices de delito y acabó llevando a estas organizaciones delictivas a la clandestinidad. También se tradujo en miles de arrestos arbitrarios y en una mayor presencia de las pandillas en las cárceles del país.

Frente a esta situación, el municipio de Santa Tecla, una ciudad satélite de San Salvador, desarrolló un enfoque distinto, centrado en una estrategia de orientación social, con el objetivo de luchar contra la violencia relacionada con las drogas. El municipio priorizó a largo plazo el desarrollo social, la capacidad de consolidación comunitaria y la coordinación entre los distintos organismos gubernamentales locales. El gobierno municipal analizó la infraestructura y la conectividad, el uso de la tierra y la demografía, el empleo, el acceso a servicios básicos y otros factores fundamentales para el desarrollo. Se concibieron otras políticas como 'becas escolares', que ofrecían incentivos económicos para permanecer en la escuela, y proyectos para 'recuperar' espacios públicos. El gobierno municipal también creó un Observatorio para la Prevención del Delito, que recopila datos sobre delitos violentos y otra información sistematizada para mejorar la toma de decisiones a nivel local.

Se puso en marcha un modelo de policía comunitario centrado en la prevención que incluía patrullas conjuntas entre la policía municipal y la nacional. Se impulsaron también mecanismos para coordinar actividades de prevención de la violencia entre los actores locales, estatales y nacionales. Esta iniciativa contemplaba la participación ciudadana en el diseño de las políticas, un factor importante en esta respuesta a la delincuencia violenta. La política fue evolucionando gracias a la participación de la ciudadanía, y el objetivo pasó a centrarse en "fortalecer la coexistencia comunitaria pacífica en la ciudad mediante la cooperación y coordinación interinstitucionales y la promoción de la participación ciudadana responsable de una forma cívica y democrática". Este tipo de desarrollo de políticas con orientación comunitaria, acompañado de proyectos sociales a largo plazo, se ha ganado el favor de los ciudadanos, que ven que se han logrado resultados. En efecto, desde que se inició el programa, y a pesar de que aún hoy persisten otros problemas de seguridad, Santa Tecla ha sido testigo de una reducción significativa en la tasa de homicidios. En 2007, el nombre de Santa Tecla se borró de la lista de los 20 municipios más peligrosos del país.

Cuadro 5. La estrategia de 'aplicación de la ley basada en la disuasión selectiva' en los Estados Unidos

En el contexto estadounidense, las estrategias de 'aplicación de la ley basada en la disuasión selectiva' han alcanzado un éxito notable con la reducción de la delincuencia organizada en numerosas localidades, desde Boston, en Massachussets (véase el [cuadro 4](#) del apartado 2.2: Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas), hasta High Point, en Carolina del Norte.

El modelo de la 'disuasión selectiva' se basa en la premisa de que la capacidad para hacer cumplir la ley siempre es limitada y, hay que establecer prioridades claras. Independientemente del país y de

las circunstancias, reducir la delincuencia encabeza la lista de prioridades. Como consecuencia, otros objetivos pasan al segundo plano, al menos temporalmente. Las estrategias de 'disuasión selectiva' surgen a partir de ideas clave como, por ejemplo, que la aplicación de la ley puede incidir para desincentivar la violencia. Si se les comunica claramente a sus autores potenciales las consecuencias de un determinado tipo de conducta delictiva (p. ej., el asesinato), y dichas consecuencias aparecen rápidamente al cometerse tales delitos, se genera un importante efecto de disuasión frente a la participación en la violencia. Es decir, se entiende que la violencia es perjudicial para el negocio. La 'aplicación de la ley basada en la disuasión selectiva' comunica a los traficantes de drogas que la violencia los hace menos competitivos que sus rivales menos violentos. Como resultado, la delincuencia violenta ha bajado hasta alcanzar un equilibrio más manejable.

Los éxitos logrados con modelos de 'disuasión selectiva' en las comunidades estadounidenses no significan que las ventas ilícitas hayan desaparecido, sino que el mercado ilícito de drogas se ha transformado y presenta tipos de conductas que generan menos desórdenes en las calles.

Otras ciudades con niveles extremadamente altos de violencia relacionada con los mercados de drogas y que han aplicado políticas centradas fundamentalmente en la represión (en ocasiones con la participación del ejército), también están ahora orientándose hacia este nuevo enfoque. Ciudad Juárez es una de ellas.

Dado que estas políticas entrañan, en esencia, estrategias a largo plazo de desarrollo socio-económico y fortalecimiento comunitario, se necesitará tiempo para evaluar su impacto sobre la violencia relacionada con las drogas. Además, como cada mercado local de drogas y sus contextos históricos, políticos y culturales son singulares, muchas veces será difícil aplicar una determinada estrategia en otro entorno. A pesar de ello, se pueden rescatar lecciones importantes de cada una de estas políticas, y las pruebas disponibles muestran resultados alentadores en los lugares donde se han aplicado.

Recomendaciones

- 1) Las iniciativas de aplicación de la ley deben centrarse más en reducir la violencia asociada con el mercado ilícito que en tratar de reducir la oferta de drogas en sí.
- 2) Los responsables de la formulación de políticas deben reconocer que la exclusión social, política y económica conforman el contexto en el que arraigan la delincuencia y la violencia. Los programas diseñados a reducir la violencia relacionada con las drogas exigirán un compromiso a largo plazo basado en el desarrollo socio-económico, el fortalecimiento comunitario y la participación ciudadana en los procesos de la elaboración de políticas.
- 3) Las estrategias para la aplicación de las leyes de drogas deben basarse en un claro entendimiento de la estructura y de las distintas dinámicas de los mercados ilícitos de drogas. ¿Qué drogas son más populares? ¿Qué forma adopta el mercado? ¿Está la violencia directamente relacionada con el mercado de drogas? ¿Quiénes tienen más probabilidades de participar en el mercado de drogas y de sufrir sus efectos? En caso de verse afectados por la corrupción, los organismos de aplicación de la ley y los sistemas de justicia penal se deben reformar para generar un entorno apropiado para implementar políticas orientadas a reducir la violencia urbana relacionada con las drogas. Éstas deberían incluir salarios más altos y mejores mecanismos de fiscalización y control para erradicar la corrupción y perseguir a quienes toman parte en ella.

- 4) Los organismos gubernamentales siempre deberían mantenerse dentro del marco del Estado de derecho cuando realizan intervenciones en los mercados de drogas.
- 5) Se deberían realizar esfuerzos para reducir la disponibilidad de armas de fuego en las ciudades afectadas por mercados de drogas. Ello supone normativas más estrictas para el registro de armas de fuego, campañas para estimular la entrega de armas de tenencia ilegal (como amnistías para la posesión de armas) y otras medidas que dificulten la adquisición de armamento por parte de grupos de delincuencia organizada.
- 6) A escala local, los responsables de la formulación de políticas deberían establecer alianzas interinstitucionales que involucren, entre otros, a los sectores de aplicación de la ley, los de las áreas educativa, social y sanitaria, así como a las comunidades, para diseñar y desplegar estrategias dirigidas a reducir la violencia relacionada con el mercado de drogas.

Recursos clave

Braga, A.A., Kennedy, D.M., Waring, E.J. & Piehl, A.M. (2001), 'Problem-oriented policing, deterrence, and youth violence: An evaluation of Boston's Operation Ceasefire'. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, **38**(3):195–225, <http://jrc.sagepub.com/content/38/3/195.abstract>

Braga, A.A., Pierce, G.L., McDevitt, J., Bond, B.J. & Cronon, S. (2008), 'The strategic prevention of gun violence among gang-involved offenders'. *Justice Quarterly*, **25**(1):132–162, <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a791582506~db=all~jumptype=rss>

Felbab-Brown, V. (2011), *Calderón's caldron – Lessons from Mexico's battle against organized crime and drug trafficking in Tijuana, Ciudad Juarez, and Michoacan* (Washington, DC: The Brookings Institution), http://idpc.net/sites/default/files/library/calderon_lessons_from_battle_against_organized_crime_eng.pdf

International Centre for Science in Drug Policy (2011), *Effect of drug law enforcement on drug-related violence: evidence from a scientific review* (Vancouver: International Centre for Science in Drug Policy), <http://www.icsdp.org/docs/ICSDP-1%20-%20FINAL.pdf>

Jelsma, M. (2012), 'Harm reduction for the supply-side: Its time has come', *International Journal of Drug Policy*, **23**(1): 20–21, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21852095>

Stevens, A., Bewley-Taylor, D., with contributions from Dreyfus P (2009), *Beckley Report 15 – Drug markets and urban violence: can tackling one reduce the other?* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_15.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009), *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/World_Drug_Report_2009_spanish.pdf

Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (2011), *Enfrentando la violencia urbana en América Latina: Revirtiendo la exclusión a través de la actuación policial inteligente y la inversión social* (Washington DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/es/informes/enfrentando_la_violencia_urbana_en_america_latina

Wilson, L. & Stevens, A. (2008), *Beckley Report 14 – Understanding drug markets and how to influence them*, (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_14.pdf

Notas

- 1 Costa, A.M. (2008), Perfeccionamiento de la fiscalización de drogas para adecuarla a la *finalidad para la que fue creada: Aprovechando la experiencia de diez años de acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-53-RelatedFiles/ECN72008_CRP17sV0853411.pdf
- 2 Braga, A.A., Pierce, G.L., McDevitt, J., Bond, B.J. & Cronon, S. (2008), 'The strategic prevention of gun violence among gang-involved offenders'. *Justice Quarterly*, **25**(1): 132–162, <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a791582506~db=all~jumptype=rss>
- 3 Barber, H.M. (2011), 'Jamaican murder rate drops', <http://www.bet.com/news/global/2011/04/11/jamaican-murder-rate-drops.html>
- 4 Cave, D. (2012), 'Mexico updates death toll in drug war to 47,515, but critics dispute the data', *New York Times*, 11 January, http://www.nytimes.com/2012/01/12/world/americas/mexico-updates-drug-war-death-toll-but-critics-dispute-data.html?_r=1
- 5 Gutiérrez, E.D. (2011), *La raíz de la violencia*, *Revista Nexos*, <http://www.nexos.com.mx/?P=leerarticulo&Article=2099328>; Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (2011), *Enfrentando la violencia urbana en América Latina: Revirtiendo la exclusión a través de la actuación policial inteligente y la inversión social* (Washington DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/es/informes/enfrentando_la_violencia_urbana_en_america_latina
- 6 *Colombia Reports* (28 de diciembre de 2011), Bogota homicide rate drops to 21.5, <http://colombiareports.com/colombia-news/news/21255-bogota-homicide-rate-drops-to-21.5.html>
- 7 Youngers, C.A. & Rosin, E. (2004), *Drugs and democracy in Latin America: the impact of US policy* (Boulder: Lynne Rienner).
- 8 Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (2011), *Enfrentando la violencia urbana en América Latina: Revirtiendo la exclusión a través de la actuación policial inteligente y la inversión social* (Washington DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/es/informes/enfrentando_la_violencia_urbana_en_america_latina
- 9 Jelsma, M. (January 2012), 'Harm reduction for the supply-side: Its time has come', *International Journal of Drug Policy*, **23**(1): 20–21, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21852095>
- 10 Vargas, R. (2005), 'Drugs and Armed Conflict in Colombia', en Jelsma, M., Kramer, T. & Vervest P., eds, *Trouble in the Triangle: opium and conflict in Burma* (Chiang Mai: Silksworm Books).
- 11 Farrell, G. & Thorne, J. (2005), 'Where have all the flowers gone? Evaluation of the Taliban crackdown against opium poppy cultivation in Afghanistan'. *International journal of Drug Policy*, **16**(2):81–91, <http://www.staff.lboro.ac.uk/~ssgf/PDFs/AfghanTalibanOpium.pdf>
- 12 Count the Costs (2011), *The war on drugs: creating crime, enriching criminals* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Crime-briefing.pdf>
- 13 United Nations Office on Drugs and Crime (diciembre de 2007), *Cocaine trafficking in west Africa – the threat to stability and development* (con especial referencia a Guinea-Bissau), (Viena: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.ssrnetwork.net/uploaded_files/4271.pdf
- 14 Human Rights Watch (junio de 2004), *Thailand – not enough graves: the war on drugs, HIV/AIDS and violations of human rights*, <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/thailand0704.pdf>
- 15 Human Rights Watch (febrero de 2008), *Thailand: prosecute anti-drugs police identified in abuses*, <http://hrw.org/english/docs/2008/02/07/thaila17993.htm>
- 16 Moraes de Castro e Silva, A. & Nougier, M. (septiembre de 2010), Informe del IDPC – El control de drogas y sus consecuencias en *Río de Janeiro* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/Violence-in-Rio.pdf> ; De Brito Duarte, M.S., General-Commander of the Rio de Janeiro State Military Police (septiembre de 2011), Security policy for Rio de Janeiro and the Pacification Police Units.
- 17 Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (2011), *Enfrentando la violencia urbana en América Latina: Revirtiendo la exclusión a través de la actuación policial inteligente y la inversión social* (Washington DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/es/informes/enfrentando_la_violencia_urbana_en_america_latina
- 18 Ibid.

4.3 Fomento de medios de vida alternativos

En este apartado

- Erradicación forzosa de cultivos: un enfoque contraproducente
- Fomento del desarrollo en un entorno de drogas
- Fomento de un desarrollo alternativo preventivo

El cultivo de plantas destinadas al mercado ilícito de drogas es un componente fundamental de las economías informales de subsistencia. La erradicación de cultivos sin que existan opciones de medios de vida alternativos viables y lícitos constituye una violación de los derechos humanos y una iniciativa costosa que impacta de forma negativa a los cultivadores marginados y vulnerables. Un enfoque basado en medios de vida alternativos puede reducir con mayor éxito los cultivos de estos productos.

¿Por qué es importante el fomento de medios de vida alternativos?

Reducir los cultivos destinados al mercado ilícito de drogas es un componente fundamental de las políticas de control de sustancias centradas en la oferta. Colombia, Perú y Bolivia son los principales países productores de la hoja de coca, materia prima para la producción de cocaína.¹ A través del tiempo, el cultivo de la adormidera, la materia prima del opio y la heroína, ha cambiado de ubicación geográfica. El Triángulo Dorado, formado por Tailandia, la República Democrática Popular Lao y Birmania/Myanmar, solía producir más del 70 por ciento del opio mundial, la mayoría del cual se refinaba como heroína. Desde 1998, se ha producido una drástica reducción del cultivo de opio en el Triángulo Dorado, y éste se concentra ahora en lo que se conoce como el Creciente Dorado, las zonas productoras de adormidera en Afganistán y en países vecinos. Sin embargo, Birmania/Myanmar sigue como el segundo mayor productor de adormidera del mundo, sólo después de Afganistán, y es responsable aún del 23 por ciento de la oferta global de opio.²

Tradicionalmente, las medidas para la reducción de la oferta se han evaluado en función de las superficies cultivadas, las cantidades de cocaína y opio producidas, y el número de hectáreas erradicadas. Sin embargo, es difícil determinar la cantidad de coca y adormidera que se cultiva actualmente. Las diferencias en las estimaciones estadísticas proporcionadas por el gobierno estadounidense y la ONUDD ponen claramente de manifiesto el grado de incertidumbre de estos cálculos. Según el gobierno estadounidense, el cultivo de coca en la región andina se ha mantenido relativamente constante en el transcurso de las últimas dos décadas, con aproximadamente 200.000 hectáreas, aunque a consecuencia del 'efecto globo' (véase el [cuadro 1](#) del apartado 2.2: Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas), se han producido cambios significativos en la cantidad producida en cada país. La ONUDD, en cambio, ha informado de un descenso en la producción.

El desarrollo de cosechas de mayor rendimiento que se pueden plantar con un mayor nivel de densidad, explica en gran medida esta reducción, que significa que se puede obtener más cocaína a partir de parcelas de coca más pequeñas. La ONUDD notifica una tendencia parecida en relación con el cultivo de adormidera y la producción de opio. Entre 1994 y 2010, el cultivo mundial de adormidera disminuyó de 272.479 a 195.700 hectáreas (aunque aumentó de 150.000 a 195.700 hectáreas entre 2005 y 2010). Sin embargo, entre 1994 y 2007, la producción potencial de opio aumentó de 5.620 a 8.890 toneladas, y posteriormente cayó hasta las 4.860 toneladas en 2010.³ En Afganistán, aunque el cultivo de adormidera se redujo un 22 por ciento entre 2007 y 2009, la producción de opio sólo descendió un 10 por ciento. En la misma línea, el aumento del 7 por ciento en el cultivo de adormidera afgana que se produjo entre 2009 y 2010 se tradujo en un incremento del 52 por ciento en la producción potencial de opio.⁴

Las iniciativas para reducir el cultivo de plantas destinadas al mercado ilícito de drogas han consistido fundamentalmente en campañas de erradicación forzosa, es decir, en la destrucción física del cultivo

Los programas de 'medios de vida alternativos' persiguen reducir la dependencia de los cultivos destinados al mercado ilícito de drogas por parte de los campesinos, abordando los factores estructurales e institucionales que determinan su decisión de cultivar estas plantas.

sobre el terreno. Con el paso del tiempo, las campañas de erradicación forzosa se han asociado cada vez más con violencia y conflictos, y con toda una serie de daños sanitarios y socio-económicos, especialmente con la destrucción del único medio de subsistencia de los campesinos implicados en estos cultivos, exacerbando así su vulnerabilidad ante la pobreza, los conflictos y la migración forzada.

La idea de 'desarrollo alternativo' –es decir, programas de desarrollo rural en zonas donde se cultivan plantas vinculadas con las drogas– se comenzó a plantear a fines de la década de 1960 como un enfoque integrado

para mejorar las opciones de medios de vida de las comunidades abordando los factores subyacentes que empujan a los campesinos a cultivar adormidera y coca. Este concepto ha evolucionado hacia el principio de 'medios de vida alternativos', pasando de centrarse en intervenciones aisladas y basadas en proyectos concretos a abrazar políticas multisectoriales más generales y orientadas hacia el desarrollo que persiguen reducir la dependencia de los cultivos de coca y adormidera por parte de los campesinos abordando los factores estructurales e institucionales que determinan su decisión de cultivar estas plantas.⁵

En casos más recientes, la erradicación de cultivos y el desarrollo de medios de vida alternativos se han desplegado de forma simultánea. Sin embargo, un número creciente de expertos ha demostrado que la erradicación forzosa puede reportar más daños que beneficios, especialmente si no se secuencian debidamente los programas de medios de vida alternativos. Para mantener la reducción de cultivos, se deben establecer fuentes de renta alternativa antes de eliminar la fuente principal de ingreso de los cultivadores. Más adelante se presentan otros motivos para replantear las políticas de erradicación de cultivos.

Los campesinos sólo podrán reducir su dependencia respecto al ingreso procedente del cultivo de coca y adormidera si se les proporcionan medios de vida alternativos a través de programas multisectoriales de desarrollo a largo plazo.

Erradicación forzosa de cultivos: un enfoque contraproducente

La erradicación de cultivos consiste en la erradicación manual, el uso de la fumigación aérea con agentes químicos sobre los campos de coca, y métodos biológicos. Las campañas de erradicación

de cultivos se efectúan sin el consentimiento de los campesinos de coca y adormidera, aunque en ocasiones se los anima a participar en ellas a cambio de una indemnización o de ayuda al desarrollo.

Con el paso de los años, la erradicación forzosa de cultivos se asocia cada vez más con toda una serie de consecuencias negativas.

- Es muy caro, además de que no se ha traducido en el resultado deseado de reducir el cultivo de plantas destinadas al mercado ilícito. La fumigación manual, por ejemplo, exige unos 20 días de trabajo por hectárea para la coca y 3 días de trabajo para la adormidera.⁶ En el caso de la fumigación aérea, los campesinos de coca tienden a lavar las plantas para eliminar los productos químicos o vuelven a plantar inmediatamente nuevas plantas para sustituir las que han sido dañadas.
- Los pequeños productores que participan en el cultivo de coca y adormidera suelen hacerlo por falta de alternativas económicas viables. Se calcula que los campesinos sólo ganan un 1 por ciento de los ingresos globales que generan las drogas ilícitas; la mayor parte de los ingresos restantes enriquecen los bolsillos de traficantes en países desarrollados.⁷ Dado que los agricultores involucrados en el cultivo de coca y adormidera tienden a ser marginados y están en situación de vulnerabilidad, implementar programas de erradicación forzosa antes de brindarles medios de vida alternativos los hunde más profundamente en la pobreza.⁸ El abrupto recorte de sus ingresos puede influir negativamente en la situación de salud y nutrición de quienes resultan afectados. Las familias pueden verse obligadas a migrar a zonas más remotas y, los niños, verse retirados de la escuela para ayudar a complementar el ingreso familiar, creando mayores dificultades para escapar de la pobreza en el futuro.
- En algunos lugares del mundo, como en Colombia, las campañas de fumigación aérea han generado problemas de salud entre los campesinos, lo cual les ha obligado, en ocasiones, a migrar a otras zonas del país. Las técnicas de fumigación aérea pueden ser devastadoras para el medio ambiente, incluidas las tierras utilizadas para cultivos alimentarios lícitos.
- Los incentivos sobre los precios contrarrestan a veces el impacto de una campaña de erradicación 'exitosa'. Así, aunque funcione en el corto plazo, la erradicación eleva el precio que se paga en origen a los agricultores, por lo que la producción les resulta más lucrativa y se anima a que nuevas personas ingresen en este mercado.
- La erradicación tiende a desplazar los cultivos ilícitos hacia nuevas áreas más inaccesibles. En los países andinos, los programas de erradicación manual y por fumigación aérea desplazan la producción de coca y adormidera hacia nuevas regiones, incluidos los parques nacionales, lo que resulta en un daño aún mayor para los frágiles ecosistemas locales.⁹ Ello vuelve el cultivo de drogas más difícil de detectar y eliminar, y difunde los problemas asociados con estos cultivos hacia nuevas áreas.
- La erradicación forzosa incrementa las oportunidades de corrupción y las redes de delincuencia organizada. Aumenta la base de ganancias de fuerzas irregulares que aprovechan el ingreso generado por el comercio ilícito de drogas o que dependen de él. En Afganistán, la erradicación de cultivos y la estricta aplicación de prohibiciones del opio han contribuido a un incremento en la producción de adormidera en provincias con mayor conflicto y donde hay una significativa presencia de los talibanes. Antes que agotar su base de financiamiento, la erradicación forzosa la ha fortalecido. También estimula la corrupción y socava el Estado de derecho, en tanto que las fuerzas del gobierno en estas zonas tienden a beneficiarse del comercio ilícito.

- De forma más general, la erradicación forzosa alimenta el conflicto. Las fuerzas de seguridad que llevan a cabo la erradicación de cultivos o combaten a insurgentes constituyen a menudo la única presencia del Estado en estas áreas, donde los servicios e infraestructura públicos son inexistentes o deplorablemente inadecuados. Estas condiciones, sumadas a la violencia y los abusos de los derechos humanos que suelen acompañar la erradicación, generan el distanciamiento de la población local y socavan aún más la legitimidad del Estado. Esto, a su vez, puede impulsar el apoyo político a los insurgentes.
- Incluso cuando se despliegan de la mano de programas de desarrollo alternativo, las campañas de erradicación socavan la cooperación con la comunidad local, que es necesaria para llevar a cabo programas de desarrollo efectivos. Se crea desconfianza entre los organismos donantes, las agencias del gobierno y las comunidades receptoras, afectando las propias acciones de desarrollo que se requieren para que los agricultores de subsistencia abandonen la producción de cultivos destinados al mercado ilícito de drogas (véase el [cuadro 1](#)).

Cuadro 1. Erradicación forzosa de cultivos en Bolivia y sus consecuencias para la ayuda al desarrollo alternativo

Antes de que se firmara un acuerdo entre el gobierno y los cocaleros en 2004, la erradicación forzosa en Bolivia se tradujo en protestas, enfrentamientos violentos y ataques contra edificios de proyectos de desarrollo alternativo. Esto sucedió, en parte, porque la ayuda al desarrollo alternativo estaba condicionada a la erradicación de toda la coca, lo cual dejó sin ingresos a las familias. En 2008, los agricultores cocaleros del Chapare anunciaron que no firmarían ningún acuerdo adicional con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para proyectos de desarrollo alternativo. En los tres países andinos productores de coca, los subcontratistas estadounidenses que llevan a cabo proyectos de desarrollo alternativo son objeto de sospecha y desconfianza por parte de la comunidad local.

- Finalmente, se merece recordar que no todos los cultivos tienen destino el mercado ilícito y, por tanto, no se deberían erradicar todos los campos de coca y adormidera.

En primer lugar, los pueblos indígenas en la región andina han consumido la hoja de coca durante siglos y masticar coca es parte integral de ceremonias religiosas y otros ritos. En la misma línea, el opio se ha utilizado tradicionalmente en Asia con fines médicos, sociales y recreativos. Masticar coca o tomar mate de coca tiene efectos benéficos, como aliviar los síntomas del mal de altura, el frío o el hambre. El consumo de coca se está difundiendo en nuevas áreas geográficas y entre las clases medias. El opio se utiliza en algunas sociedades asiáticas tradicionales para aliviar los síntomas de trastornos gastrointestinales y, en este contexto, puede salvar la vida de niños y niñas. Con frecuencia, estas mismas culturas no tienen acceso a medicamentos esenciales, como la morfina. Sin embargo, los sistemas nacionales e internacionales de control de drogas prohíben los usos tradicionales de estas plantas, lo cual representa una violación de los derechos sociales, económicos y culturales de las comunidades indígenas (véase el [apartado 4.4: Protección de los derechos de los pueblos indígenas](#)).¹⁰

En segundo lugar, el cultivo lícito de coca y adormidera sigue teniendo lugar en países como Australia, India, Turquía y Francia, con fines médicos y culinarios, especialmente para la producción farmacéutica de morfina, codeína y tebaína (paramorfina). Se debería estudiar un posible incremento de los usos lícitos de estas sustancias con el objetivo de reducir el porcentaje de cultivos destinado actualmente al mercado ilícito y responder, al mismo tiempo, a las necesidades de millones de personas que viven con dolores moderados o severos por la falta de medicamentos esenciales.

Fomento del desarrollo en un entorno de drogas

Los programas de medios de vida alternativos –o programas destinados al fomento del ‘desarrollo en un entorno de drogas’– buscan abordar las condiciones estructurales de base a las que se enfrentan los cultivadores de coca y adormidera, y proporcionarles oportunidades jurídicas y económicas para reducir su dependencia de los ingresos en efectivo que éstas generan. El enfoque también está concebido para mejorar la calidad de vida general de los cultivadores; por ejemplo: un mayor acceso a la atención de la salud, la educación (véase el [cuadro 3](#)) y la vivienda; el desarrollo de infraestructuras y otros servicios públicos; y la generación de ingresos, como la industrialización de productos agrícolas y las oportunidades de empleo al margen de la agricultura.¹¹

Cuadro 2. Fragmento de una propuesta de *Principios rectores internacionales sobre desarrollo alternativo*¹²

“El desarrollo alternativo se debería integrar en un contexto de desarrollo social, cultural y económico más general, poniendo un especial acento en la necesidad de abordar la pobreza, la aplicación inadecuada del Estado de derecho en algunas zonas y otras injusticias sociales afines, reflejando también los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y como parte de estrategias sostenibles para el control de cultivos ilícitos.”

Los programas de medios de vida alternativos ya no están exclusivamente centrados en reducir la producción de cultivos destinados al mercado ilícito de drogas, sino que están integrados en estrategias globales para el desarrollo rural y el crecimiento económico. Específicamente, instan a incorporar las estrategias para reducir los cultivos de coca y adormidera en iniciativas de desarrollo locales, regionales y nacionales.

La importancia de la secuenciación

La erradicación forzosa o la exigencia de la eliminación de cultivos antes de proveer ayuda económica puede funcionar en el corto plazo. Sin embargo, en el mediano y largo plazos, sin establecer opciones de medios de vida alternativos, los productores vuelven a sembrar para asegurarse los ingresos, o entran en nuevas áreas donde les es más fácil evitar ser detectados. Sólo cuando haya mejorado la calidad de vida general y los ingresos de la población local, se podrá reducir o eliminar exitosamente los cultivos destinados al mercado ilícito. En áreas donde los que cultivan adormidera reciben adelantos de los traficantes para comprar semillas y fertilizantes, o para salvar la falta de ingresos familiares hasta la época de la cosecha, debe ofrecerse a los agricultores programas de microcrédito que les permitan pasar de una fuente de ingresos ilícita a otra lícita. En ese punto, la reducción de cultivos debería ser voluntaria y realizarse en colaboración con la comunidad local. Por lo tanto, es de vital importancia que los programas de medios de vida alternativos estén debidamente secuenciados (véase el [cuadro 3](#)).

Sólo cuando hayan mejorado la calidad de vida general y los ingresos de la población local, se podrán reducir o eliminar exitosamente los cultivos destinados al mercado ilícito.

Cuadro 3. El modelo de medios de vida alternativos en Tailandia¹³

A partir de 1969, el gobierno tailandés trató de integrar en la vida nacional a las comunidades de las regiones montañosas y, para ello, desplegó actividades de desarrollo económico sostenido durante un período de 30 años. Con el tiempo, se hizo evidente que las alternativas agrícolas por sí mismas eran insuficientes. En consecuencia, se enfatizó cada vez más la prestación de servicios sociales, como centros de salud y escuelas, e infraestructura para el desarrollo, como caminos, redes eléctricas y suministro de agua. Los programas de medios de vida alternativos se integraron

en los planes de desarrollo local, regional y nacional. Esto se tradujo en una continua mejora de la calidad de vida de los agricultores y en crecientes oportunidades laborales fuera de la agricultura. El enfoque tailandés evolucionó con el tiempo. Al principio, las agencias donantes internacionales definían la estrategia con escasa participación de las comunidades locales o incluso del gobierno tailandés. La segunda fase, sin embargo, involucró plenamente al gobierno local (con el respaldo público del rey, hecho muy significativo políticamente). Finalmente, surgió un enfoque basado en la participación de la comunidad local.

La experiencia en Tailandia subraya la importancia de la construcción de instituciones locales y la participación de la comunidad en el diseño, la puesta en práctica, el seguimiento y la evaluación de las acciones de desarrollo. Las organizaciones de base comunitaria, como grupos de mujeres y jóvenes, y bancos de arroz, desempeñaron un papel importante para garantizar un resultado exitoso. Los conocimientos locales se convirtieron en la base para la solución de problemas y el liderazgo local se integró plenamente en la implementación de los proyectos.

La experiencia de Tailandia también apunta a la importancia de una adecuada sucesión de etapas o secuenciación. Las acciones para la reducción de cultivos solo se iniciaron en 1984, tras 15 años de desarrollo económico sostenido. Aunque inicialmente sí tuvo lugar cierta erradicación forzosa, una secuenciación adecuada permitió a los cultivadores reducir gradualmente la producción de adormidera mientras se desarrollaban otras fuentes de ingreso, evitando el problema del retorno a los cultivos, que frustra, inevitablemente, las acciones de erradicación. Aunque el proceso completo se prolongó durante unos 30 años, los resultados de la estrategia tailandesa han demostrado ser sostenibles, ya que actualmente apenas persisten parcelas muy pequeñas de cultivo de adormidera. Lo negativo es que se ha producido un incremento en el uso y la producción de metanfetamina en la región desde la década de 1990.¹⁴

Se recomienda considerar con cierta precaución la posibilidad de replicar este modelo en otros lugares. En primer lugar, los agricultores en Tailandia cultivaban la adormidera en zonas fértiles, donde era fácil producir otras cosechas, lo cual no siempre sucede en otras regiones del mundo. En segundo lugar, un desarrollo económico sostenido durante las décadas de 1980 y 1990 permitió al gobierno realizar inversiones en infraestructura y otros programas. En tercer lugar, había una fuerte relación entre la demanda local y la producción. Gran parte del opio producido era consumido localmente, por lo que los programas de reducción de la demanda podían funcionar en tándem con actividades de medios de vida alternativos, lo cual significó que tanto la demanda como la producción disminuyeron a la vez. Finalmente, las dinámicas del mercado global no se vieron muy afectadas, ya que las exportaciones relativamente poco significativas de opio y heroína de Tailandia se podían sustituir fácilmente con otras fuentes. Aunque estos factores concretos pueden dificultar la reproducción de la experiencia tailandesa en otras regiones, el ejemplo brinda, no obstante, directrices útiles para pensar y diseñar estrategias de medios de vida alternativos en otras partes del mundo.

Promover la buena gobernanza y el Estado de derecho

La consolidación nacional y la promoción de la buena gobernanza y el Estado de derecho son también componentes esenciales de un enfoque de medios de vida alternativos. Estos elementos son especialmente necesarios para promover la legitimidad y credibilidad del gobierno en áreas donde, muchas veces, la presencia del Estado se limita a la seguridad y/o a fuerzas de erradicación. Actualmente, un conjunto cada vez mayor de literatura académica señala la ausencia de conflictos violentos como condición previa para desplegar acciones de desarrollo sostenible y control de drogas.¹⁵

La consolidación nacional y la promoción de la buena gobernanza y el Estado de derecho son también componentes esenciales de un enfoque de medios de vida alternativos.

Vincular los medios de vida alternativos con la protección del medio ambiente

La falta de recursos naturales accesibles puede ser uno de los factores que llevan al cultivo de plantas destinadas al mercado ilícito de drogas. El uso de recursos naturales debe ser reconocido como un medio de subsistencia para las comunidades que dependen de ellos para satisfacer sus necesidades vitales. Un enfoque multisectorial para promover medios de vida alternativos exige la adopción de medidas que generen incentivos para que las comunidades rurales no se involucren en otras actividades ilícitas que perjudicarían los recursos naturales. Este componente no sólo debería consistir en incentivos para dejar de cultivar plantas usadas en el mercado ilícito de drogas, sino que también debería contemplar incentivos para proteger el medio ambiente, facilitando que las comunidades mejoren sus medios de vida a la vez que cuidan de su entorno. Por ejemplo, los programas de reforestación que distribuyen la tierra combinando bosques protegidos, bosques explotados económicamente y bosques de subsistencia pueden ayudar a garantizar un equilibrio entre la supervivencia de las comunidades y la protección ambiental (véase, por ejemplo, el [cuadro 4](#) del apartado 4.1: Drogas controladas y desarrollo).¹⁶

Involucrar a los cultivadores de coca y opio como colaboradores clave en los programas de medios de vida alternativos

Los programas de medios de vida alternativos exigen que los cultivadores de coca y adormidera dejen de ser considerados como delincuentes y sean vistos, más bien, como partes interesadas clave en el diseño y la aplicación de los programas de desarrollo que les afectan.¹⁷ La participación de los cultivadores es necesaria no sólo porque conocen y entienden mejor las condiciones geográficas locales, sino también para proteger los derechos y las tradiciones culturales de las comunidades locales (véase el [apartado 4.4: Protección de los derechos de los pueblos indígenas](#)). Este principio se incluyó en la propuesta de Principios rectores internacionales sobre desarrollo alternativo elaborada en 2011 por un grupo de expertos y funcionarios gubernamentales durante un taller celebrado en Tailandia.¹⁸ Otros informes de la ONU también han subrayado la importancia de la participación comunitaria en este tipo de iniciativas.

Abandonar los indicadores centrados en los cultivos erradicados y usar indicadores más amplios de desarrollo humano

Hasta la fecha, la mayoría de los proyectos de erradicación de cultivos y desarrollo alternativo han evaluado sus resultados, fundamentalmente, en función de las reducciones en los cultivos vinculados con la producción de drogas. Sin embargo, en un informe de evaluación presentado ante la Comisión de Estupefacientes en 2008, la ONUDD manifestó que “hay pocas pruebas de que las erradicaciones reduzcan los cultivos ilícitos a largo plazo, pues éstos se desplazan”, añadiendo que “el desarrollo alternativo ha de evaluarse mediante indicadores de desarrollo humano y no técnicamente en función de las estadísticas de producción ilícita”.¹⁹ Aunque las reducciones en el cultivo no son un indicador adecuado para medir el avance o el impacto de las estrategias de control de drogas, existe una relación directa entre la mejora de las condiciones sociales y económicas en una determinada zona y la disminución sostenida del cultivo ilícito (véase el [cuadro 4](#)).

Cuadro 4. El fomento de medios de vida alternativos en la República Democrática Popular Lao

El proyecto de medios de vida alternativos en la República Democrática Popular Lao se centra en pequeñas comunidades rurales que dependen del cultivo de adormidera debido a unos altos niveles de pobreza. El proyecto se ha traducido en la ampliación de redes de carreteras, la mejora de tecnologías agrícolas, la generación de fuentes alternativas de ingreso, y el liderazgo social y empoderamiento de los aldeanos para ayudarles a responder a las cambiantes circunstancias socio-económicas y beneficiarse de las incipientes mejoras en los servicios del gobierno y oportunidades económicas.²⁰ Las mejoras significativas en las oportunidades económicas y la prestación de servicios sociales a las comunidades, que han ido acompañadas de una mayor seguridad, mejores infraestructuras y mayor acceso a los mercados, han coincidido con reducciones en los cultivos de adormidera, que pasaron de 26.000 hectáreas en 1998 a 2.000 hectáreas en 2009.²¹

La experiencia ha evidenciado que los programas de medios de vida alternativos con buenos resultados tienen un efecto limitado en el mercado ilícito de las drogas a escala global, ya que la producción tiende a desplazarse a otros lugares para satisfacer la demanda mundial. Sin embargo, estos programas han demostrado su eficacia en los ámbitos local y nacional. Las expectativas sobre qué pueden lograr los programas de desarrollo alternativo con respecto a la reducción de la oferta ilícita para el mercado mundial de drogas deberían ser modestas y realistas, ya que la eficacia de toda estrategia para la reducción de la oferta depende de las dinámicas de la oferta y la demanda en el mercado. Esto pone de manifiesto la necesidad de adoptar un enfoque equilibrado frente al problema mundial de las drogas, manejando la oferta y la demanda al mismo tiempo mediante programas y políticas fundamentados en pruebas empíricas. Una política exitosa también debe basarse en la premisa de que la pobreza es un problema multidimensional que, por tanto, exige un enfoque multidimensional. También debe reconocer el papel destacado del uso y manejo sostenible de los recursos y de la prestación de servicios sociales, y resolver los problemas en materia de conflicto, crisis, falta de buena gobernanza, violencia, Estado de derecho y seguridad, elementos que caracterizan a la mayoría de las zonas donde se cultiva adormidera y coca.

Fomento de un desarrollo alternativo preventivo

Algunos países –especialmente Ecuador– han promovido el concepto de 'desarrollo alternativo preventivo' en áreas donde podrían surgir cultivos destinados al mercado ilícito de drogas o en lugares que ofrecen una fuente de jornaleros para las épocas de cosecha. Aunque estos programas no han suscitado suficiente interés por parte de los organismos donantes internacionales hasta la fecha, sobre todo en estos tiempos de restricciones presupuestarias, los gobiernos deberían tener en cuenta este concepto y experimentar con él siempre que sea posible²²

Recomendaciones

- 1) Décadas de experiencia en el fomento del desarrollo alternativo demuestran que reducir los cultivos de coca y adormidera es un problema a largo plazo que requiere una solución también a largo plazo, y que abarque metas de desarrollo y consolidación nacional más amplias. Las estrategias gubernamentales deben basarse en la promoción del crecimiento económico y la prestación de servicios básicos; el desarrollo de instituciones democráticas y del Estado de derecho; el respeto por los derechos humanos; y una mayor seguridad en zonas rurales empobrecidas donde prospera el cultivo de coca y adormidera.

- 2) Se debería tener en cuenta el impacto potencial de políticas y programas sobre el cultivo de coca y adormidera, y darse pasos para maximizar los impactos positivos y minimizar los negativos. El proceso de toma de decisiones debería contemplar la participación de diversos ministerios y organismos, así como de grupos de la sociedad civil y representantes de los cultivadores de coca y adormidera.
- 3) Una secuenciación adecuada es esencial. Los medios de vida alternativos y las mejoras en la calidad de vida se deben alcanzar antes de las reducciones en los cultivos.²³ Un enfoque basado en medios de vida alternativos también debería incorporar el concepto de 'desarrollo alternativo preventivo'²⁴ en las zonas que podrían ser propicias a los cultivos destinados al mercado ilícito.
- 4) La ayuda al desarrollo no debería estar condicionada al cumplimiento previo de metas de reducción de cultivos. Con una adecuada secuenciación, es más probable que los agricultores colaboren con las acciones para reducir el cultivo de coca y adormidera. Una vez que las actividades de desarrollo económico se encuentren bien encaminadas y rindan fruto, los gobiernos pueden trabajar con las comunidades locales para estimular la reducción y, en algunos casos, la eliminación de cultivos destinados al mercado ilícito.
- 5) Las comunidades locales deben estar involucradas en el diseño, la implementación, la supervisión y la evaluación de las acciones de desarrollo. Ello entraña liderazgo comunitario y la participación de organizaciones locales, como grupos de productores y a los mismos agricultores. Los funcionarios gubernamentales pueden desempeñar un papel clave en la movilización, la coordinación y el apoyo de la participación comunitaria.
- 6) Los resultados no deberían medirse en términos de hectáreas de cultivos erradicados. Más bien, los programas de medios de vida alternativos se deberían evaluar con indicadores de desarrollo humano y socio-económico; es decir, indicadores que midan el bienestar de la sociedad.²⁵

Recursos clave

Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development (2011), http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf

Kramer, T., Jelsma, M. & Blickman, T. (2009), *Withdrawal symptoms in the golden triangle: a drugs market in disarray* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.tni.org/report/withdrawal-symptoms-golden-triangle-4>

Mansfield, D. (2006), *Development in a drugs environment: a strategic approach to 'alternative development'* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit).

Renard, R.D. (2001), *Opium reduction in Thailand 1970 – 2000, a thirty year journey* (Chiang Mai: Silkworm Books).

Report – Workshop portion of the International Workshop and Conference on Alternative Development ICAD, Chiang Rai and Chiang Mai Provinces, Thailand, 6–11 November 2011, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/ICAD_2012_Report_and_Input_for_International_Guiding_Principles.pdf
 United Nations Office on Drugs and Crime (2005), *Thematic Evaluation of UNODC's Alternative Development Initiatives* (the Independent Evaluation Unit), <http://www.unodc.org/documents/evaluation/2005-alternativedevelopment.pdf>

Youngers, C.A. & Walsh, J.M. (2009), *El desarrollo primero: Un enfoque más humano y prometedor para la reducción de cultivos para mercados ilícitos* (Washington DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2010/WOLA_RPT-SPANISH_DEV_FNL_WEB.pdf

Notas

- 1 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011), *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 2 United Nations Office on Drugs and Crime (2011), *South East Asia Opium Survey 2011* (Viena: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/documents/eastasiaandpacific//2011/12/ops-2011/Opium_Survey_2011_-_Full.pdf
- 3 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011), *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 4 United Nations Office on Drugs and Crime (2011), *Afghanistan Opium Survey – summary findings* (Viena: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Executive_Summary_2011_web.pdf
- 5 *Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development*, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf
- 6 Mansfield, D. (2011), *Assessing supply-side policy and practice: eradication and alternative development* (Geneva: Global Commission on Drug Policy), <http://idpc.net/sites/default/files/library/crop-eradication-and-alternative-development.pdf>
- 7 Melis, M. & Nougier, M. (2010), *Informe del IDPC – Políticas de drogas y desarrollo: El impacto de las políticas de drogas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Drug-policy-and-development-SPA.pdf>
- 8 Youngers, C.A. & Walsh, J.M. (2009), *El desarrollo primero: Un enfoque más humano y prometedor para la reducción de cultivos para mercados ilícitos* (Washington DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2010/WOLA_RPT-SPANISH_DEV_FNL_WEB.pdf
- 9 Democracy and Global Transformation Project & Transnational Institute (2007), *Hablan los diablos: Amazonía, coca y narcotráfico en el Perú* (Lima/Amsterdam: Democracy and Global Transformation Project/Transnational Institute)
- 10 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (January 2012), 'Regime change: re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs', *International Journal of Drug Policy*, **23**(1): 72–81, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996163>
- 11 Mansfield D. (2006), Development in a drugs environment: a strategic approach to 'alternative development', (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit).
- 12 Report – Workshop portion of the International Workshop and Conference on Alternative Development ICAD, Chiang Rai and Chiang Mai Provinces, Thailand, 6–11 November 2011, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/ICAD_2012_Report_and_Input_for_International_Guiding_Principles.pdf Youngers, C.A. & Wals.
- 13 Youngers, C.A. & Walsh, J.M. (2009), *El desarrollo primero: Un enfoque más humano y prometedor para la reducción de cultivos para mercados ilícitos* (Washington DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2010/WOLA_RPT-SPANISH_DEV_FNL_WEB.pdf; Renard, R.D. (2001), *Opium reduction in Thailand 1970–2000, a thirty year journey* (Chiang Mai: Silkworm Books).
- 14 Advisory Council on the Misuse of Drugs (2005), *Methylamphetamine review* (UK) (London: Advisory Council on the Misuse of Drugs), <http://www.homeoffice.gov.uk/acmd1/ACMD-meth-exec-summ-Nov-2005>
- 15 The role of alternative development in drug control and development cooperation, Conferencia internacional, 7–12 de enero de 2002, Feldafing (Munich), Alemania, http://www.unodc.org/pdf/Alternative%20Development/RoleAD_DrugControl_Development.pdf; Youngers, C. & Walsh, J. (2010), *El desarrollo primero: Un enfoque más humano y prometedor para la reducción de cultivos para mercados ilícitos* (Washington DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2010/WOLA_RPT-SPANISH_DEV_FNL_WEB.pdf; Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, *Drugs and conflict – Discussion paper by the GTZ Drugs and Development Programme* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-drugs-conflict.pdf>
- 16 *Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development*, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf

- 17 EU Presidency Paper (2008), Key points identified by EU experts to be included in the conclusion of the open-ended intergovernmental expert working group on international cooperation on the eradication of illicit drug and on alternative development, presented to the open-ended intergovernmental working group on international cooperation on the eradication of illicit drug crops and on alternative development (2-4 de julio de 2008).
- 18 Report – Workshop portion of the International Workshop and Conference on Alternative Development ICAD, Chiang Rai and Chiang Mai Provinces, Thailand, 6–11 November 2011, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/ICAD_2012_Report_and_Input_for_International_Guiding_Principles.pdf
- 19 Director ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2008), Quinto informe del director ejecutivo sobre el problema mundial de las drogas, Plan de Acción sobre cooperación internacional para la erradicación de los cultivos ilícitos para la producción de drogas y desarrollo alternativo, E/CN.7/2008/2/Add.2 (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/V07/892/24/PDF/V0789224.pdf?OpenElement>. Para más información, véase: Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf
- 20 UNODC, *UNODC alternative development projects in Lao PDR*, <http://www.unodc.org/unodc/en/alternative-development/lao-pdr-projects.html>
- 21 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011), *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 22 *Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development*, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf
- 23 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2005), *Desarrollo alternativo: Evaluación temática mundial – Informe de síntesis* (Dependencia de Evaluación Independiente), http://www.unodc.org/pdf/Alternative_Development_Evaluation_Dec-05_S.pdf; World Bank (2005), *Afghanistan: State building, sustaining growth and reducing poverty* (Washington DC: World Bank), http://siteresources.worldbank.org/INTAFGHANISTAN/Resources/0821360957_Afghanistan--State_Building.pdf; *Nota de la Secretaría de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito* (2008), *Resultados logrados por los Estados Miembros con miras a alcanzar las metas y objetivos fijados en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, limitaciones y problemas planteados y perspectivas: cooperación internacional para la erradicación de los cultivos ilícitos para la producción de drogas y el desarrollo alternativo*, presentado ante el Grupo de trabajo intergubernamental de expertos de composición abierta sobre cooperación internacional para la erradicación de los cultivos ilícitos para la producción de drogas y el desarrollo alternativo (2 a 4 de julio de 2008).
- 24 El desarrollo alternativo preventivo se refiere a una estrategia basada en el desarrollo socio-económico y la conservación ambiental como medio para prevenir el desplazamiento de cultivos ilícitos hacia otras zonas y reducir el incremento de la producción de drogas ilícitas: Comisión de Estupefacientes (8 de diciembre de 2005 y 13-17 de marzo de 2006), *Informe sobre el 49º período de sesiones* (ECOSOC, Documentos oficiales, 2006, Suplemento N° 8), http://www.icd.go.cr/sitio/downloads/uploads/web_icd_pdf/li_pdf/cr_pdf/rd_pdf/RD002-ECOSOC.pdf
- 25 La ONUDD se refiere a "una combinación de indicadores del impacto, que incluyera la medición de los avances en la educación, la salud, el empleo, el medio ambiente, las consideraciones de género, la consolidación de las instituciones y la capacidad del gobierno", en el siguiente documento: *Quinto informe del Director Ejecutivo de la ONUDD sobre el Plan de Acción sobre cooperación internacional para la erradicación de los cultivos ilícitos para la producción de drogas y desarrollo alternativo*, presentado en el 51º período de sesiones de la Comisión de marzo de 2008, E/CN.7/2008/2/Add.2, 17 de diciembre de 2007, p. 21.

4.4 Protección de los derechos de los pueblos indígenas

En este apartado

- El derecho internacional y los derechos de los pueblos indígenas
- Control de plantas tradicionales al nivel nacional

Muchos aspectos de la actual política de drogas, como la prohibición general sobre el cultivo y uso tradicional de ciertas plantas, violan derechos de los pueblos indígenas que están consagrados en convenciones de las Naciones Unidas.

¿Por qué es importante la protección de los derechos de los pueblos indígenas?

Durante generaciones, los pueblos de todo el mundo han utilizado plantas psicoactivas, como la coca, el cannabis, la adormidera, el kratom, el khat, el peyote y la ayahuasca, con fines tradicionales, culturales y religiosos. En América Latina, por ejemplo, la hoja de coca ha tenido durante mucho tiempo muchas aplicaciones en los terrenos social, religioso y médico para los pueblos indígenas, y ahora es usada por la población general. Del mismo modo, en la India, el cannabis y el opio han estado ligados durante siglos a la fe y al misticismo de las tradiciones hindú e islámica, y forman parte intrínseca de un sinnúmero de prácticas culturales. Otras plantas, como el khat en África oriental y el kratom en el sudeste asiático, también se han utilizado durante siglos con fines tradicionales y sociales. Algunas de estas sustancias también se han empleado medicinalmente, sobre todo para el tratamiento del reumatismo, la migraña, la malaria, el cólera y otras afecciones gastrointestinales, y para facilitar la práctica de la cirugía.¹ También pueden proporcionar grano alimenticio, aceite de semillas o fibras para fabricar productos.

Las convenciones sobre drogas de la ONU han clasificado algunas de estas plantas (p. ej., el cannabis, la hoja de coca y el opio) como nocivas y las han sujetado a controles que restringen su producción, distribución, comercio y uso a fines médicos y científicos. Esta política se fundamentaba en la premisa de que se consideraba difícil alcanzar una reducción efectiva de la producción de drogas controladas hasta los niveles necesarios para fines médicos y científicos mientras que en los principales países productores se mantuviera el consumo local a gran escala de la materia prima de estas drogas. Esto llevó a presionar a los países productores para que pusieran fin a los usos tradicionales de las plantas empleadas como materia prima de drogas controladas. Así pues, el opio, el cannabis y la hoja de coca se sometieron a los mismos niveles estrictos de control que alcaloides extraídos y concentrados como la morfina y la cocaína (en la Lista I de la Convención de 1961).²

El valor del uso tradicional de plantas controladas está consagrado en la Convención de 1988.

El valor del uso tradicional de plantas controladas está consagrado en la Convención de 1988, que dispone que las políticas de drogas deberían “respetar los derechos humanos fundamentales” y tener “debidamente en cuenta los usos tradicionales lícitos, donde al respecto exista la evidencia histórica” (artículo 14, párrafo 2). Sin embargo, la Convención de 1988 (artículos 14.1 y 25)

también estipula que sus disposiciones no eximen a los Estados de las obligaciones que les incumben en virtud de los tratados de fiscalización de estupefacientes anteriores, como la obligación de abolir los usos tradicionales de la coca, el opio y el cannabis que dispone la Convención de 1961 (artículo 49).³ En términos jurídicos, por lo tanto, la importancia del reconocimiento de los 'usos tradicionales lícitos' de 1988 es cuestionable y, en la práctica, la mayoría de los gobiernos ha hecho caso omiso de esta disposición y ha impuesto estrictos mecanismos de control sobre el cannabis, la hoja de coca y el opio, además de sobre otras plantas tradicionales psicoactivas que no han sido clasificadas por la ONU, como el khat y el kratom.

El derecho internacional y los derechos de los pueblos indígenas

El *Convenio 169 de 1989 de las Naciones Unidas sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*⁴ define que los pueblos "son considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas".

Además de los derechos humanos universales reconocidos en convenciones internacionales (véase el [apartado 1.2: Garantía del cumplimiento de los derechos y las libertades fundamentales](#)), los pueblos indígenas disfrutan de ciertos derechos específicos que protegen su identidad y defienden su derecho a mantener su propia cultura, tradiciones, hábitat, idioma y acceso a tierras ancestrales.

Algunos organismos de la ONU, como el Consejo Económico y Social o el Consejo de Derechos Humanos, han realizado significativos avances en la promoción, protección y consolidación de los derechos y las libertades de los pueblos indígenas. Diversas declaraciones y convenciones, firmadas y ratificadas por un gran número de gobiernos, apoyan actualmente estos logros.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas de 2007⁵ reconoce, en particular, el derecho de los pueblos indígenas a:

- la libre determinación y la autonomía;
- mantener, proteger y desarrollar manifestaciones culturales del pasado, presente y futuro (artículo 11);
- mantener sus medicinas y prácticas de salud tradicionales (artículo 24);
- mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas (artículo 31).

La declaración no es vinculante según el derecho internacional, pero representa un importante avance en el reconocimiento de los derechos indígenas y proporciona a los gobiernos un código exhaustivo de buenas prácticas.

Niveles nacionales de control de plantas tradicionales

Los gobiernos nacionales han aplicado distintos niveles de control sobre las plantas tradicionales. Estos controles se han asociado con una serie de consecuencias para los derechos de los pueblos indígenas.

Prohibición total del cultivo y uso de plantas tradicionales

Algunos gobiernos han intentado prohibir el cultivo, el tráfico, la distribución y el uso de plantas tradicionales, tanto de aquellas clasificadas a escala internacional como de otros estimulantes vegetales ligeros. Estas políticas se han centrado a menudo en la erradicación de cultivos, en el ámbito de la oferta, y/o la criminalización de las personas que usan estas plantas, en el ámbito de la demanda.

Por ejemplo, aunque las convenciones sobre drogas de la ONU no obligan a los Estados signatarios a controlar la producción, el tráfico, la distribución y el uso de kratom, Australia, Malasia, Birmania/Myanmar y Tailandia (véase el [cuadro 1](#)) han decidido prohibirlo, a pesar de la escasa evidencia de que el consumo de esta planta afecte negativamente la salud de sus usuarios. El kratom también puede tener propiedades beneficiosas para el sistema digestivo y aliviar el dolor de los síntomas de abstinencia de los opioides.⁶

Cuadro 1. La prohibición del kratom en Tailandia

El kratom se ha utilizado con fines médicos y tradicionales durante siglos en Tailandia, especialmente en el sur del país. La planta fue fiscalizada por primera vez en 1943, a través de la Ley del kratom, y posteriormente fue también incluida en la Ley sobre estupefacientes de Tailandia de 1979. En la última década, la aplicación de las leyes y políticas sobre el kratom se ha hecho cada vez más estricta, lo cual se ha traducido en el arresto generalizado de sus consumidores y en campañas de erradicación para destruir árboles de kratom. Esta política ha tenido un impacto limitado en los niveles de consumo de kratom y ha desembocado en una serie de consecuencias negativas sobre el derecho de las comunidades a usar la planta como elemento integral de la cultura del sur de Tailandia.⁷

En la región andina, aunque Bolivia y Perú han protegido el mercado legal nacional de coca, las campañas de erradicación de cultivos han provocado daños generalizados en la salud, el entorno y las tradiciones de las comunidades indígenas que cultivan esta planta. En países donde ocurren choques violentos entre grupos armados que pugnan por controlar el comercio de drogas o donde han estallado conflictos entre los coccaleros y los organismos de aplicación de la ley, la erradicación forzosa ha militarizado las áreas de producción, ubicando a la población campesina local (y sobre todo a las comunidades indígenas) en medio del campo de batalla.

El Plan Colombia, por ejemplo, una estrategia contrainsurgente y antidrogas que lanzó una campaña generalizada de erradicación de cultivos en 1999, no sólo ha tenido desastrosas consecuencias para la vida y la economía de los pueblos indígenas y los campesinos, sino que también los ha situado en el fuego cruzado entre las fuerzas del gobierno, los grupos insurgentes y los paramilitares que pugnan por controlar el territorio. El plan no condujo a una reducción general de la producción de cocaína en Colombia. Sin embargo se generó una crisis humanitaria que llevó al desplazamiento de entre 3,6 y 5,2 millones de personas⁸ y ocasionó unos mayores niveles de pobreza e inseguridad.

La erradicación forzosa puede militarizar las zonas de cultivo, ubicando a la población campesina local en medio del campo de batalla.

En los casos en que se desplegaron programas de desarrollo alternativo, éstos no siempre incorporaron los conocimientos, saberes y tradiciones culturales de la zona, generando un mayor distanciamiento de las poblaciones indígenas. Es necesario que estos programas se desarrollen en colaboración con las poblaciones locales, después de realizar una minuciosa evaluación de las posibilidades de cultivo local y acceso a los mercados, y garantizando el pleno respeto de los derechos y las tradiciones de los pueblos indígenas (para más información, véase el [apartado 4.3: Fomento de medios de vida alternativos](#)).

En el ámbito del consumo, la hoja de coca se ha utilizado durante miles de años en la región andina con fines tradicionales y religiosos. La prohibición internacional impuesta por la Convención Única de 1961 pone de manifiesto una clara incompreensión de las costumbres y tradiciones indígenas. Los consumidores andinos y amazónicos de hoja de coca a menudo se sienten ignorados, insultados y humillados por la comunidad internacional y el llamado de la ONU a abolir lo que ellos consideran una saludable tradición ancestral. Las denuncias de que masticar coca era una forma de drogadicción que provocaba desnutrición entre los pueblos indígenas, y que actuaba como un agente de degeneración moral, ayudó a justificar la clasificación de la hoja como una sustancia controlada. Desde entonces, las investigaciones científicas han demostrado con contundencia lo contrario. Entre ellas, estaría un estudio realizado por la OMS en 1995 que llegó a la conclusión de que “el consumo de hojas de coca no parece tener efectos negativos para la salud y tiene funciones terapéuticas, sagradas y sociales positivas entre los pueblos indígenas andinos”.⁹ En el [cuadro 4](#) se explica cómo ha solucionado el gobierno boliviano el problema que plantea la prohibición internacional de la práctica de masticar hoja de coca.

Disposiciones jurídicas y constitucionales especiales para proteger los derechos de los pueblos indígenas

Algunos gobiernos han establecido disposiciones en sus ordenamientos jurídicos internos para permitir el uso tradicional de ciertas plantas psicoactivas en circunstancias especiales. Éste sería el caso, por ejemplo, de Canadá y la excepción contemplada en la sección 56 de su Ley de fiscalización de estupefacientes y sustancias (véase el [cuadro 2](#)), así como de los Estados Unidos y el uso del peyote entre las comunidades nativas (véase el [cuadro 3](#)).

Cuadro 2. El caso del Santo Daime en Canadá¹⁰

La sección 56 de la Ley de fiscalización de estupefacientes y sustancias de Canadá dispone que: “el ministro puede, según las condiciones que estime oportunas, eximir de la aplicación de toda o parte de la presente ley y de sus normas a toda persona o categoría de personas, o a toda sustancia o precursor fiscalizado, en todas sus formas, si, en opinión del ministro, la exención es necesaria para fines médicos o científicos o es de interés público”.¹¹

En la práctica, esta exención se utiliza raramente. Normalmente, se ha concedido con fines médicos y científicos; por ejemplo, a algunos médicos para que receten metadona en el marco de los TSO, para realizar ensayos clínicos específicos en un centro de inyección supervisada en Vancouver o para la prescripción de heroína en Vancouver y Montreal. En 2001, por primera vez, la sección 56 se utilizó con el objetivo de proteger el derecho a usar una sustancia controlada con fines tradicionales y culturales (es decir, recurriendo a la cláusula del ‘interés público’).

En 1996, Jessica Williams Rochester volvió a Canadá tras un viaje a Brasil y estableció el centro Céu do Montreal, basado en la religión del Santo Daime. Desde que se fundó hasta el año 2000, los dirigentes de Céu do Montreal importaban a Canadá el sacramento del Daime (la ayahuasca)¹² tramitándolo como una exportación de productos agrícolas de Brasil y practicaban su religión siguiendo las doctrinas eclesíásticas. En el año 2000, la aduana canadiense interceptó un cargamento del Daime, que fue enviado al laboratorio para un análisis químico. Céu do Montreal fue informado de que la posesión del Daime constituía un delito en virtud del código penal

canadiense, por lo que se le aconsejó que solicitara la exención jurídica prevista por la sección 56 de la Ley de fiscalización de estupefacientes y sustancias, cosa que hizo en 2001. En este caso concreto, el gobierno determinó que, 'en principio', la exención sería aplicable, una vez se recibiera la debida documentación del gobierno brasileño conforme a la exportación legal del Daime.¹³ Aunque esta política tiene un alcance limitado y, en tanto que exención, sólo afecta a un determinado grupo de personas con respecto a una sustancia concreta, este ejemplo sigue siendo de utilidad porque ilustra la posibilidad de proteger el derecho a usar una planta con fines culturales y tradicionales.

Cuadro 3. El uso del peyote entre las comunidades indígenas en los Estados Unidos

El peyote es un pequeño cactus sin espinas que contiene alcaloides psicoactivos. En los Estados Unidos, se permite el uso religioso del peyote a los miembros de la Iglesia Nativa Americana (NAC), una religión que aglutina a numerosas tribus y que procede de las prácticas de los nativos americanos que vivían en lo que ahora es el sur de Texas y el norte de México.

Esta excepción figura en el epígrafe 21, sección 1307.31, del Código de Regulaciones Federales de los Estados Unidos, que dispone que: "La clasificación del peyote como una sustancia fiscalizada en la Lista I no es aplicable al uso no narcótico del peyote en ceremonias religiosas de buena fe de la Iglesia Nativa Americana".

Estas disposiciones permiten a los nativos americanos mantener sus tradiciones y rituales religiosos utilizando el peyote sin temor a ser enjuiciados.

Bolivia es, sin duda, el país que más ha logrado en términos del reconocimiento del uso tradicional de la hoja de coca como patrimonio cultural en su Constitución nacional¹⁴, garantizando por lo tanto la protección de los derechos de las comunidades indígenas bolivianas que la mastican. Aunque Perú, Colombia y Argentina disponen también de exenciones jurídicas internas para el consumo de hoja de coca,¹⁵ Bolivia ha sido el primer país en reconocer que dichas exenciones y prácticas constituyen una violación de sus obligaciones en virtud de los tratados de control de drogas. Ante tal situación, Bolivia decidió denunciar la Convención de 1961 y volver a adherirse a ella con una reserva sobre la hoja de coca, con el fin de que sus leyes y prácticas nacionales estén en consonancia con sus obligaciones internacionales (véase el [cuadro 4](#)).

Cuadro 4. Bolivia, la masticación de la hoja de coca y la protección de la cultura indígena

La coca ha sido una planta sagrada para los pueblos indígenas de la región andina durante miles de años. En Bolivia, los pueblos quechua y aymara constituyen la mayoría de la población rural, y el uso de la hoja de coca está extendido entre ellos. La práctica está asociada con la solidaridad social y cultural, la actividad económica y el trabajo, factores medicinales (como añadir nutrientes a la dieta y brindar protección contra el mal de altura), y la espiritualidad, restableciendo el equilibrio entre el mundo natural y el espiritual. En el Reino Unido la gente invita a los amigos a casa a tomar una taza de té, y en los Estados Unidos, a tomar un café. Para entender lo arraigadas que están las prácticas tradicionales de consumo de coca en Bolivia, muchos pueblos indígenas invitan a los amigos a masticar hoja de coca (*acullicar*).¹⁶

Los primeros intentos occidentales de prohibir la coca llegaron con la colonización en el siglo XVI, cuando la Iglesia católica comprendió el papel que desempeñaba la planta en los rituales religiosos autóctonos. No obstante, se alcanzó un acuerdo informal con la coca, que duró hasta fines del siglo XX y su desastrosa 'guerra contra las drogas'. Después de la Segunda Guerra

Mundial, la ONU encabezó una campaña de 'modernización', que identificó la masticación de la coca con prácticas primitivas y obsoletas. La Comisión de Estudio de la Hoja de Coca del Consejo Económico y Social de la ONU (ECOSOC) fue encabezada por un representante estadounidense. Su informe, publicado en 1950 respaldó el supuesto de que el consumo de coca era perjudicial, lo cual propició la clasificación de la hoja junto con la cocaína y la heroína en la Convención Única de 1961. Además, incluyeron una cláusula estipulando que la masticación de la hoja de coca se debía abolir en un plazo de 25 años.¹⁷ Aunque el informe ha sido muy criticado por ser parcializado, carecer de fundamento científico, no mostrar ninguna sensibilidad cultural e incluso ser racista, sigue siendo el principal documento de referencia de la ONU en la cuestión de la coca.

Estos factores históricos cada vez se entienden más como los principales determinantes del actual régimen internacional de fiscalización de estupefacientes y han sido tildados de 'imperialismo del control de drogas' por la Comisión Global de Políticas de Drogas.¹⁸ Que el régimen de fiscalización de estupefacientes de la ONU todavía no reconoce el derecho de las comunidades indígenas andinas a masticar la hoja de coca demuestra una vergonzosa incapacidad de estar en sintonía con la evolución del sistema de la ONU y, más en general, con los derechos humanos internacionales.

En consecuencia, en junio de 2011, Bolivia se retiró de la Convención Única de 1961, con la intención de adherirse de nuevo con una reserva que permitiera el masticado de la hoja de coca en el país.¹⁹ Algunos de los motivos que explican el paso dado por Bolivia, además de los ya mencionados, son:

- la coca es reconocida por la Constitución del Estado Plurinacional de Bolivia como patrimonio cultural; los tratados internacionales de fiscalización de estupefacientes afirman reiteradamente que deben respetarse los principios constitucionales fundamentales de los Estados miembros;
- la coca es un elemento fundamental de la vida cultural y el sentimiento de identidad de los pueblos indígenas de Bolivia;
- la coca es una pieza clave de las relaciones sociales en sus culturas;
- la coca tiene importantes usos medicinales y terapéuticos;
- la coca tiene asociaciones y funciones espirituales significativas;
- la coca es parte esencial de una economía de subsistencia, y muchas iniciativas para sustituirla por cultivos alternativos en la región andina han fracasado.

El retiro de Bolivia de la Convención de 1961, presentado en junio de 2011, entró en vigor el 1 de enero de 2012. Unos días antes, el 29 de diciembre de 2011, en una carta enviada al secretario general de la ONU, Bolivia presentó la reserva que necesita para conciliar sus diversas obligaciones jurídicas nacionales e internacionales antes de volver a ser miembro de pleno derecho del tratado. Bolivia se reserva el derecho a autorizar la práctica tradicional de masticar hoja de coca en su territorio, pero también su consumo y uso en su forma natural en general, así como el cultivo, el comercio y la posesión de la hoja de coca en la medida en que se necesite para estos fines lícitos. Al mismo tiempo, la reserva enfatiza que Bolivia seguirá tomando todas las medidas necesarias para controlar el cultivo de coca con el fin de evitar la producción de cocaína. En la carta, Bolivia también deja claro que su readhesión queda sujeta a la aceptación de esta reserva. El procedimiento del tratado establece que todos los miembros tienen un año para expresar cualquier objeción, y que la reserva será aceptada salvo si un tercio o más de los Estados se oponen a ella durante dicho período. En este caso, el plazo de 12 meses para presentar objeciones finalizará el 10 de enero de 2013.²⁰

Regulación legal de plantas tradicionales

Como ya se ha explicado, algunos estimulantes vegetales ligeros como el kratom y el khat, no se han incluido en el sistema de clasificación de la ONU, dejando a los Estados decidir sobre su condición. El kratom está prohibido por la legislación nacional en varios países asiáticos, mientras que la condición jurídica interna del khat varía notablemente según el país.

El khat se ha consumido durante cientos –si no miles– de años en las tierras altas de África oriental y el sur de Arabia. Tradicionalmente se consume de forma colectiva, después del trabajo, en acontecimientos sociales, en espacios públicos o en lugares reservados específicamente a ello en hogares particulares. Las poblaciones en la diáspora asentadas en Europa, especialmente las procedentes de Somalia ha impulsado la demanda por el khat. Hasta la fecha, el consumo de khat no se ha extendido de manera notable de los migrantes que lo practican al resto de la población europea. Varios estudios han demostrado que el potencial de dependencia asociado con el khat, así como los riesgos para la salud física y mental, son muy bajos.²¹ Las pruebas indican que la prohibición del consumo ha provocado una serie de consecuencias negativas, como incrementar el aislamiento y la vulnerabilidad de las poblaciones inmigrantes e influir negativamente en los medios de vida y el desarrollo económico de los países productores.²² En los países donde el khat está regulado legalmente, no se han producido consecuencias indeseadas (véase el cuadro 5). El consumo sigue concentrado entre las comunidades de migrantes de África oriental, que lo usan de forma segura en establecimientos comerciales y en centros comunitarios donde los vínculos sociales siguen siendo fuertes. Esto permite a los consumidores controlar la calidad del khat que consumen y mantener las tradiciones culturales y sociales en su comunidad.

Cuadro 5. La regulación del khat en el Reino Unido

En el Reino Unido, masticar khat es legal. Se han realizado numerosos estudios sobre los daños sociales asociados con esta planta. En 2005, la Comisión asesora sobre el abuso de drogas recomendó que el khat no se sometiera a la Ley británica sobre uso indebido de estupefacientes de 1971, señalando que, en lugar de ello, se deberían poner en marcha campañas de educación y sensibilización.²³

Los precios al por menor en el Reino Unido varían entre las 3 y las 6 libras esterlinas por manojito.²⁴ Actualmente, las importaciones de khat se gravan con el impuesto sobre el valor añadido (IVA), con lo que, en 2010, se ingresaron 2,9 millones de libras con la importación de unas 3.002 toneladas de khat, un incremento notable con respecto a fines de la década de 1990.²⁵ El producto fresco se importa principalmente desde Kenia y Etiopía, sobre todo para el consumo de comunidades de África oriental y Yemen en el Reino Unido.

En el Reino Unido, el khat se consume fundamentalmente en establecimientos comerciales, que funcionan como centros comunitarios locales donde se sirven también alimentos y bebidas. Estos establecimientos están sujetos a las normas locales de salud y seguridad, con lo que se garantiza que no supongan una molestia para los vecinos.²⁶ Los estudios sobre el uso del khat indican que se trata de una práctica con una gran importancia cultural entre las comunidades en la diáspora, y que les permite conservar su identidad. Las comunidades de inmigrantes se suelen reunir para masticar khat y charlar sobre la situación política en su país de origen, así como para intercambiar consejos sobre los problemas que experimentan y oportunidades de empleo.²⁷

Hay escasas pruebas para interrelacionar la masticación de khat, la delincuencia y los desórdenes públicos. De hecho, el khat es visto como algo que evita que las personas cometan delitos, ya que fortalece los lazos sociales y relaja a los consumidores.²⁸ Algunos integrantes de las comunidades en la diáspora, sin embargo, han planteado inquietudes relacionadas con la masticación de khat, como la desviación de ingresos, la desestructuración familiar y el desempleo. Cabe apuntar que estos daños sociales se verían muy exacerbados si el khat se controlara como una droga ilícita.

Recomendaciones

- 1) Los compromisos internacionales, especialmente aquellos que provienen de mecanismos jurídicos de derechos humanos que conforman la piedra angular del derecho internacional, se deben respetar plenamente en el ámbito nacional.
- 2) Los gobiernos deberían abordar las discrepancias entre las convenciones sobre drogas de la ONU y los acuerdos internacionales de derechos humanos para garantizar que se respeten los derechos de los pueblos indígenas.
- 3) Se debería reconocer el carácter histórico, cultural y tradicional, así como los beneficios potenciales de plantas controladas a escala nacional e internacional. A escala nacional, se necesitan nuevas leyes y normativas que garanticen el cultivo controlado de estas plantas con fines tradicionales.
- 4) Se debería promover la participación de comunidades indígenas en el diseño y la aplicación de políticas y normativas que les afectan.

Recursos clave

Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2011), *TNI Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 12 – Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/TNI-cinc%20anos.pdf>

Foro Mundial de Productores de Cultivos Declarados Ilícitos (2009), *Declaración Política*, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/Foro%20Mundial%20de%20Productores%20de%20Cultivos%20Declarados%20Illicitos%20Declaracion%20Politica.PDF>

Henman, A. & Metaal, P. (2009), *Drogas y Conflicto, Documento de debate No. 17 – Los mitos de la coca* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.tni.org/sites/www.tni.org/archives/reports/drugs/losmitosdelacoca.pdf>

Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (2011), *Nota para la incidencia política del IDPC – Es hora de reparar un error histórico: el IDPC insta a todos los países a no presentar objeciones a la propuesta de Bolivia para eliminar la prohibición que pesa sobre la masticación de la hoja de coca* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/IDPC%20advocacy%20note%20-%20Bolivia%20proposal%20on%20coca%20leaf%20chewing%20SPA.pdf>

Jelsma, M. (2011), *TNI Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 11 – El retiro de la prohibición de la masticación de la coca – Propuesta de Bolivia para modificar la Convención Única de 1961* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/retiro-de-prohibicion.pdf>

Klein, A., Metaal, P. & Jelsma, M. (2012), *TNI Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 17 – Rumiano la prohibición del khat: La globalización del control y la regulación de un antiguo estimulante* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/khat-es.pdf>

Metaal, P., Jelsma, M., Argandoña, M., Soberón, R., Henman, A. & Echeverría, X. (2006), *Drogas y Conflicto, Documento de debate No. 13 – ¿Coca sí, cocaína no? Opciones legales para la hoja de coca* (Amsterdam: Transnational Institute), http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/debate13s_0.pdf

Quimbayo Ruiz, G.A. (2008), *Informe sobre políticas de drogas No.28 – Cultivos de uso ilícito y ecocidio* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/brief28s.pdf>

Tanguay, P. (2011), *TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 13 – Kratom in Thailand: decriminalisation and community control?* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://idpc.net/sites/default/files/library/kratom-in-thailand.pdf>

Tupper, K.W. (2011), 'Ayahuasca in Canada: cultural phenomenon and policy issue', In Labate, B.C. & Jungaberle, H. (eds.), *The internationalization of ayahuasca* (Zurich: Lit Verlag).

Notas

- 1 Kalant, H. (2001), 'Medicinal use of cannabis: history and current status', *Pain, Research and Management*, **6**(2): 80–91, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11854770>; Touw, M. (1981), 'The religious and medicinal uses of cannabis in China, India and Tibet', *Journal of Psychoactive Drugs*, **13**(1): 23–34, <https://www.cnsproductions.com/pdf/Touw.pdf>; Chopra, R.N., Chopra, I.C., Handa, K.L. & Kapur L.D. (1958), *Chopra's indigenous drugs of India* (Calcutta: UNDhur and Sons Private Ltd); Martin, R.T. (1970), 'The role of coca in the history, religion, and medicine of South American Indians', *Economic Botany*, **24**(4): 422–438; Weil, A.T. (1981), 'The therapeutic value of coca in contemporary medicine', *Journal of Ethnopharmacology*, **3**(2–3): 367–376, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0378874181900647>
- 2 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2011), *TNI Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 12 – Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/TNI-cinc%20anos.pdf>
- 3 Jelsma, M. (2011), *TNI Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 11 – El retiro de la prohibición de la masticación de la coca – Propuesta de Bolivia para modificar la Convención Única de 1961* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/retiro-de-prohibicion.pdf>
- 4 El *Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes* fue adoptado en 1989 por la Organización Internacional del Trabajo, <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/lima/publ/conv-169/convenio.shtml>
- 5 La declaración consiguió un respaldo universal después de que el gobierno estadounidense encabezado por Obama anunciara su apoyo en diciembre de 2010. Cuatro países (los Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda) votaron en un principio contra la declaración, en 2007, pero desde entonces, todos ellos han revisado su posición al respecto; los Estados Unidos fueron los últimos en abandonar sus objeciones.
- 6 Tanguay, P. (2011), *TNI/IDPC Series on legislative reform of drug policies Nr. 13 – Kratom in Thailand: decriminalisation and community control?* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://idpc.net/sites/default/files/library/kratom-in-thailand.pdf>
- 7 Ibid.
- 8 Aunque el gobierno calcula que el Plan Colombia provocó el desplazamiento de 3,6 millones de personas, la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), un observatorio independiente, estima que esta cifra alcanzaría los 5,2 millones de personas.
- 9 Organización Mundial de la Salud e Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (1995), *Proyecto cocaína – Paquete informativo* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud), <http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/who-briefing-kit-s.pdf>. Véase también: Duke, J.A., Aulik, D. & Plowman, T. (1975), 'Nutritional value of coca'. *Botanic Museum Leaflets Harvard University*, **24**(6): 113–118.
- 10 Tupper, K.W. (2011), 'Ayahuasca in Canada: cultural phenomenon and policy issue'. En Labate, B.C. & Jungaberle, H. , eds, *The internationalization of ayahuasca* (Zurich: Lit Verlag).
- 11 Department of Justice Canada (2007), *Controlled Drugs and Substance Act*, <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-38.8/>
- 12 La ayahuasca –una infusión o decocción que se prepara con dos plantas, la liana de la *Banisteriopsis caapi* y las hojas o brotes del arbusto *Psychotria*, que contiene dimetiltriptamina– ha sido utilizada tradicionalmente con fines adivinatorios y sanadores por las comunidades indígenas de la Amazonía. La Ley de fiscalización de estupefacientes y sustancias canadiense de 1996 prohíbe tres de los alcaloides que contiene la infusión de la ayahuasca (N,N-dimetiltriptamina, harmalol y harmalina).
- 13 Tupper, K.W. (2011), 'Ayahuasca in Canada: cultural phenomenon and policy issue'. En Labate, B.C. & Jungaberle, H. , eds, *The internationalization of ayahuasca* (Zurich: Lit Verlag).

- 14 Artículo 384: "El Estado protege a la coca originaria y ancestral como patrimonio cultural, recurso natural renovable de la biodiversidad de Bolivia, y como factor de cohesión social; en su estado natural no es estupefaciente. La revalorización, producción, comercialización e industrialización se regirá mediante la ley"
- 15 Perú siempre ha mantenido un mercado de coca legal en su territorio bajo el control del monopolio estatal de la Empresa Nacional de la Coca, ENACO; Colombia adoptó exenciones específicas para el consumo de coca entre sus pueblos indígenas; y en 1989, Argentina introdujo en su Régimen de estupefacientes la Ley 23.737, artículo. 15: "La tenencia y el consumo de hojas de coca en su estado natural destinado a la práctica del coqueo o masticación, o a su empleo como infusión, no será considerada como tenencia o consumo de estupefacientes". Véase: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2011), *Nota para la incidencia política del IDPC – Es hora de reparar un error histórico: el IDPC insta a todos los países a no presentar objeciones a la propuesta de Bolivia para eliminar la prohibición que pesa sobre la masticación de la hoja de coca* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/IDPC%20advocacy%20note%20-%20Bolivia%20proposal%20on%20coca%20leaf%20chewing%20SPA.pdf>
- 16 Spedding, A. (2004), 'Coca Use in Bolivia: a traditional of thousands of years'. En Coomber, R. & South, N., eds. (2004), *Drug use and cultural contexts 'beyond the West'* (London: Free Association Books).
- 17 Consejo Económico y Social (mayo de 1950), *Informe de la Comisión de Estudio de las Hojas de Coca*.
- 18 Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas* (Río de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/Global_Commission_Report_Spanish.pdf
- 19 Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2011), *Nota para la incidencia política del IDPC – Es hora de reparar un error histórico: el IDPC insta a todos los países a no presentar objeciones a la propuesta de Bolivia para eliminar la prohibición que pesa sobre la masticación de la hoja de coca* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/IDPC%20advocacy%20note%20-%20Bolivia%20proposal%20on%20coca%20leaf%20chewing%20SPA.pdf>
- 20 C.N.829.2011.TREATIES-28 (Depositary Notification), *Bolivia (Plurinational State of): communication, 10 January 2012* (New York: United Nations), <http://treaties.un.org/doc/Publication/CN/2011/CN.829.2011-Eng.pdf>
- 21 World Health Organization (2006), *Assessment of khat (Catha edulis Forsk)*, WHO Expert Committee on Drug Dependence, 34th ECDD 2006/4.4 (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf; Advisory Council on the Misuse of Drugs (2005), *Khat (Qat): assessment of risk to the individual and communities in the UK* (London: Advisory Council on the Misuse of DRUGS); Fitzgerald, J. (2009), *Khat: a literature review* (Melbourne: Louise Lawrence Pty Ltd), http://www.ceh.org.au/downloads/Khat_Report_FINAL.pdf; Pennings, E.J.M., Opperhuizen A. & Van Amsterdam, J.G.C. (2008), 'Risk assessment of khat use in the Netherlands. A review based on adverse health effects, prevalence, criminal involvement and public order', *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, **52**: 199–207.
- 22 Klein, A., Metaal, P. & Jelsma, M. (2012), *TNI Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 17 – Rumiano la prohibición del khat: La globalización del control y la regulación de un antiguo estimulante* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/khat-es.pdf>
- 23 Anderson, D.M. & Carrier, N.C. (July 2011), *Khat: social harms and legislation – a literature review* (London: UK Home Office), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Khat-social-harms-and-legislation.pdf>
- 24 Carrier, N.C.M. (2006), 'Bundles of choice: variety and the creation and manipulation of Kenyan khat's value', *Ethos*, **71**(3): 415–437.
- 25 Her Majesty's Revenue & Customs (HMRC) data, 2011.
- 26 Klein, A., Metaal, P. & Jelsma, M. (2012), *TNI Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 17 – Rumiano la prohibición del khat: La globalización del control y la regulación de un antiguo estimulante* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/khat-es.pdf>
- 27 Patel, S.L. (2008), 'Attitudes to khat use within the Somali community in England', *Drugs-Education Prevention and Policy*, **15**(1): 37-53; Anderson, D.M. & Carrier, N.C. (julio de 2011), *Khat: social harms and legislation – A literature review* (London: UK Home Office), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Khat-social-harms-and-legislation.pdf>
- 28 Klein, A. (2008), 'Khat and the creation of tradition in the Somali diaspora'. In Fountain, J. & Korf, D.J., eds, *Drugs in society: European perspectives* (Abingdon: Radcliffe Publishing).

Glosario

Abstinencia	Situación en que existe una privación del consumo de drogas.
Cocaína	Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. El hidrocloruro de cocaína se utilizaba a menudo como anestésico local en odontología, oftalmología y cirugía otorrinolaringológica por su potente actividad vasoconstrictora, que ayuda a reducir la hemorragia local. La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido puede provocar dependencia. La cocaína puede ingerirse por vía oral, nasal e intravenosa. Un procedimiento para aumentar la potencia de la cocaína es el 'freebasing' (o 'depuración'), que consiste en extraer la cocaína pura (la base libre) e inhalar los vapores emitidos al calentarla a través de un cigarrillo o una pipa de agua. Se mezcla una solución acuosa de la sal de cocaína con un álcali (como el bicarbonato) y después se extrae la base libre en un disolvente orgánico como éter o hexano. Este procedimiento puede ser peligroso, ya que la mezcla es explosiva y muy inflamable. Una técnica más sencilla, que evita el empleo de disolventes orgánicos, consiste en calentar la sal de cocaína con bicarbonato; el producto obtenido se denomina 'crack'.
Consumo de drogas	Autoadministración de una sustancia psicoactiva.
Consumo de drogas inyectadas o por vía intravenosa	Las inyecciones pueden ser por vía intramuscular (en el músculo), subcutánea (bajo la piel), intravenosa (en la vena), etcétera.
Control o fiscalización de drogas	Regulación, mediante un sistema de leyes y organismos, de la producción, la distribución, la venta y el consumo de sustancias psicoactivas específicas controladas a escala local, nacional o internacional. Es equivalente a política de drogas o política en materia de estupefacientes.
Convenciones sobre drogas de la ONU	Tratados internacionales que se ocupan del control de la producción y de la distribución de sustancias psicoactivas. El primer tratado que abordó las sustancias controladas o fiscalizadas fue el Convenio de La Haya de 1912; sus disposiciones y las de otros convenios posteriores se consolidaron en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (modificada por el Protocolo de 1972). Más adelante, se sumaron el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.
Dependencia de drogas	La dependencia de drogas se refiere al fuerte deseo de consumir sustancias, la dificultad de controlar el consumo de sustancias, el consumo continuado de una determinada sustancia a pesar de los problemas físicos, mentales y sociales asociados con dicho consumo, un incremento de la tolerancia con el paso del tiempo y, en ocasiones, síntomas de abstinencia si, de repente, no se puede acceder a la sustancia. La dependencia de drogas no es una muestra de falta de voluntad ni de fortaleza de carácter, sino una afección médica recurrente con una base fisiológica y genética.
Descriminalización	Revocación de leyes o normas que definen como delictivo un comportamiento, un producto o un estado. El comportamiento, el producto o el estado siguen siendo ilegales, pero se consideran como una falta civil o administrativa.
Desintoxicación	Proceso mediante el cual una persona deja de sufrir gradualmente los efectos de una sustancia psicoactiva. Entendido como procedimiento clínico, el proceso de retirada (abstinencia) de la sustancia se lleva a cabo de forma segura y eficaz, de manera que se reducen al mínimo los síntomas de la abstinencia. Muchas personas que dependen de las drogas se administran la retirada sin la ayuda de servicios de desintoxicación, mientras que otras pueden contar con la asistencia de familiares, amigos u otro tipo de servicios.
Despenalización	Reducción de la severidad de las penas asociadas con los delitos de drogas. Las penas siguen enmarcadas en el ámbito del derecho penal.

Detección de drogas	Análisis de los fluidos corporales (como sangre, orina o saliva), del cabello o de otros tejidos para detectar la presencia de una o varias sustancias psicoactivas. Se utiliza para vigilar la abstinencia de estas sustancias en personas que siguen programas de rehabilitación, para controlar el consumo clandestino de drogas entre los pacientes en tratamiento de mantenimiento o cuando las condiciones para obtener un empleo dependen de la abstinencia de sustancias psicoactivas. No es un método eficaz para desalentar el consumo de sustancias y provoca, además, diversas consecuencias negativas, como que los usuarios se pasen a consumir sustancias más nocivas para evitar la detección.
Droga controlada o fiscalizada	Sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. Si bien en la versión anterior de la Guía se empleó el término 'droga ilícita', en la presente hemos decidido utilizar 'droga controlada' por ser más correcto y preciso. En efecto, la droga en sí no es ilícita; lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias y en una determinada jurisdicción. El término más exacto 'mercado ilícito de drogas' hace referencia a la producción, distribución y venta de cualquier droga o medicamento fuera de los canales legalmente permitidos.
Euforizante legal o 'colocón legal'	Sustancia con propiedades psicoactivas (capaz de alterar el estado de ánimo y/o la percepción) cuya producción, distribución, posesión y consumo no está sujeto a legislación en materia de drogas en una determinada o en varias jurisdicciones.
Heroína	Heroína es el nombre popular (originalmente una marca comercial ideada por la compañía farmacéutica alemana Bayer) de la diacetilmorfina, un opioide semisintético que se utiliza en medicina como analgésico, y que produce sensaciones de relajación y euforia en un consumo no terapéutico. En el mercado ilícito, se suele presentar de dos formas: heroína blanca, que es soluble en agua y se suele inyectar, y heroína marrón (<i>brown sugar</i>), que no está refinada y se suele fumar.
Hojas de coca	Hojas del arbusto de la coca, <i>Erythroxylon coca</i> , que se mastican o se chupan tradicionalmente en las culturas andinas con una pizca de cenizas alcalinas por sus efectos estimulantes y anorexígenos y para aumentar la resistencia a altitudes elevadas. La cocaína se extrae de las hojas de la coca.
Opioide	Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera del opio, sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo que interactúan con los mismos receptores específicos del cerebro, y tienen la capacidad de aliviar el dolor y producir una sensación de relajación, tranquilidad y bienestar (euforia). Los alcaloides opiáceos y sus análogos sintéticos también provocan estupor, coma y depresión respiratoria cuando se consumen en dosis altas. La exposición repetida a los opioides puede producir un estado de dependencia, por lo que, al retirarse la sustancia, se experimentan síntomas fisiológicos y psicológicos significativos; éste es el estado característico del síndrome de abstinencia con el que se asocian estos alcaloides.
Planta psicoactiva	Término que alude a plantas que contienen estimulantes de poca potencia, muchas veces usadas en entornos culturales indígenas, como la coca, el khat, la efedra y el kratom. El término se emplea para marcar la distinción entre estimulantes ligeros y de origen natural como la coca, usada tradicionalmente en toda la región andina, y potentes extractos alcaloides y sustancias de producción farmacéutica (cocaína, crack, anfetamina, metanfetamina), cuyos usos presentan daños asociados mucho mayores.
Política de drogas o en materia de estupefacientes	En el contexto de las sustancias psicoactivas, el conjunto de políticas diseñadas para influir en la oferta y la demanda de drogas controladas, a escala local o nacional, que comprenden programas de educación, tratamiento, control y otros programas y políticas. En este sentido, la política en materia de drogas no incluye la política farmacéutica (excepto en lo que se refiere al desvío al uso no médico) ni tampoco la política sobre alcohol y tabaco.

Principio de proporcionalidad	En esencia, el principio jurídico de la proporcionalidad alude a la correspondencia entre el daño provocado por una determinada infracción y la respuesta legal o judicial que se le da; plantea, por tanto, el tema de la adecuación del castigo, al igual que la creencia popular de que 'el castigo debería estar en consonancia con el delito'. Con miras a garantizar una sanción proporcional en los delitos de drogas, se debería analizar una serie de cuestiones prácticas: el contexto del que procede el autor del delito (circunstancias de pobreza, coacción, normas culturales) y el grado de participación en el delito (¿son correos de drogas o personas dependientes de ellas? ¿O son, por el contrario, traficantes internacionales que cosechan grandes beneficios?).
Recaída	Acción de volver a consumir una droga tras un período de abstinencia, acompañada a menudo de la reinstauración de los síntomas de dependencia. Algunos autores diferencian entre recaída y caída (en el sentido de 'tropiezo'); esta última denota una ocasión aislada de consumo de drogas.
Reducción de la demanda	Término general usado para describir las políticas o programas dirigidos a reducir la demanda de drogas psicoactivas entre los consumidores. Se aplica fundamentalmente a las drogas controladas, sobre todo en referencia a las estrategias de educación, tratamiento y rehabilitación, en oposición a las estrategias basadas en el cumplimiento de la ley con el objetivo de prohibir la producción y la distribución de drogas.
Reducción de la oferta	Políticas o programas que persiguen reducir –y en última instancia eliminar– la producción y distribución de drogas. Históricamente, el sistema internacional de fiscalización de estupefacientes se ha centrado en estrategias basadas en la oferta, como la erradicación de cultivos, la interceptación de cargamentos por las autoridades policiales, etc. Las pruebas demuestran que estas estrategias no han conseguido poner freno al mercado mundial de sustancias. Algunos países han adoptado ahora un enfoque basado en medios de vida alternativos.
Regulación legal	La producción, la distribución y el consumo de drogas ya no se consideran actividades ilícitas, pero están sujetas a un sistema regulado (p. ej., el sistema de regulación que se aplica al tabaco, el alcohol o los fármacos).
Rehabilitación	Proceso mediante el cual una persona dependiente de drogas alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos. La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversos enfoques, tales como la terapia de grupo, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o en una vivienda protegida, formación profesional y experiencia laboral. También puede incluir un TSO de larga duración.
Reincidencia	Término que alude a la tendencia a repetir un delito y/o volver a prisión con regularidad. Cada vez existe una mayor conciencia de que la reincidencia es muchas veces resultado del acento puesto por la aplicación de la ley (es decir, en zonas social y económicamente desfavorecidas donde viven personas que fueron condenadas en el pasado) y/o de la dependencia de sustancias (que puede abocar a una persona a infringir las leyes de drogas).

<p>Síndrome de abstinencia</p>	<p>Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia controlada que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas. El síndrome puede ir acompañado de señales de trastorno fisiológico. Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo.</p> <p>La abstinencia de los opioides va acompañada de rinorrea (moqueo nasal), lagrimeo (formación excesiva de lágrimas), dolores musculares, escalofríos, carne de gallina y, después de 24-48 horas, calambres musculares y abdominales. Los impulsos de consumo son significativos y persisten después de que se hayan mitigado los síntomas físicos.</p> <p>La abstinencia de los estimulantes ('bajón' o 'crash') no está tan bien definida como los síndromes de abstinencia de sustancias depresoras del sistema nervioso central; destaca la depresión, que se acompaña de malestar general, apatía e inestabilidad.</p>
<p>Sobredosis</p>	<p>Consumo de cualquier droga o medicamento en una cantidad que provoca efectos adversos agudos físicos o mentales. La sobredosis intencionada es una forma habitual de suicidio o tentativa de suicidio. En cifras absolutas, son más frecuentes las sobredosis de drogas lícitas que las de drogas controladas. La sobredosis puede producir efectos pasajeros o prolongados e incluso la muerte; la dosis mortal de una sustancia concreta varía según la persona y las circunstancias.</p>
<p>Tratamiento asistido con heroína (TAH)</p>	<p>El tratamiento asistido con heroína es una opción terapéutica que se ha añadido al elenco de TSO en un creciente número de países durante las últimas dos décadas, a medida que su base empírica se ha ido extendiendo y consolidando. Entraña el suministro de diamorfina a los pacientes; normalmente, a aquellos que no han logrado beneficios con TSO más tradicionales que emplean metadona u otras sustancias. Las dosis de diamorfina se administran bajo supervisión clínica en un entorno médico seguro e higiénico, y los elementos de medicación se combinan con intensos mecanismos de apoyo psicosocial. Los TAH se están proporcionando actualmente con resultados positivos en Suiza, Alemania, el Reino Unido, Dinamarca, España, Canadá y los Países Bajos.</p>
<p>Tratamiento de sustitución de opioides</p>	<p>El tratamiento de sustitución de opioides (TSO) entraña el uso de fármacos de acción prolongada y es actualmente la opción de tratamiento más eficaz de que se dispone para la dependencia de los opioides. Los fármacos que se utilizan de forma más habitual en los TSO son la metadona y la buprenorfina.</p> <p>Después de una o dos semanas de TSO, la mayoría de las personas usuarias experimenta un menor impulso o ansia de consumo; pasado un tiempo, suele rebajar o abandonar el consumo de opioides. Los TSO introducen un factor de estabilidad y apartan a la persona usuaria del 'mercado negro'. También se reduce el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sanguínea (p. ej., el VIH y la hepatitis B y C) y de sufrir otros daños asociados con las prácticas de inyección. En general, el objetivo de los TSO es mejorar los indicadores sanitarios, sociales y económicos de las propias personas usuarias, de sus familias y de la comunidad.</p> <p>El empleo de los TSO cuenta con el respaldo de la ONU como un elemento esencial en el manejo de la dependencia de opioides y la prevención de la infección del VIH entre las personas que consumen drogas. Los fármacos usados en los TSO, además, forman parte de la lista de 'Medicamentos esenciales' de la OMS. Según la JIFE, el uso de TSO "no constituye una violación de las disposiciones de los tratados, cualquiera sea la sustancia que se utilice en ese tratamiento de conformidad con la práctica médica nacional adecuada".</p>
<p>Uso compartido de agujas</p>	<p>Empleo de jeringuillas u otros instrumentos de inyección por más de una persona, como vía de administración de una droga. Implica el riesgo de transmisión de virus (como el VIH y la hepatitis B) y bacterias. Muchas intervenciones, como los TSO y los PIAJ, están concebidas para reducir el uso compartido de agujas.</p>

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) es una red mundial integrada por ONG y redes profesionales que promueve un debate objetivo y abierto sobre la eficacia, la dirección y el contenido de las políticas de drogas en el ámbito nacional e internacional, y apoya las políticas fundamentadas en evidencias científicas que reducen eficazmente los daños relacionados con las drogas. Los miembros del IDPC cuentan con una amplia experiencia en el análisis de políticas de drogas, y participan en debates sobre políticas a escala nacional e internacional.

Esta Guía sobre políticas de drogas del IDPC está concebida para ayudar a los encargados de la formulación de políticas en el proceso de desarrollar políticas y programas de drogas eficaces, humanos y apropiados para sus respectivos países. Cada capítulo de la Guía presenta un reto normativo concreto, analiza las pruebas empíricas existentes y las experiencias de distintos países, y ofrece consejos y recomendaciones para desarrollar respuestas eficaces en materia de políticas.

'La segunda edición de la Guía sobre políticas de drogas del IDPC expone con claridad las principales cuestiones de interés para establecer políticas en este complejo ámbito, presentando las pruebas globales para establecer estrategias eficaces que sean equilibradas y que se basen en principios de salud, derechos humanos y desarrollo. Es una herramienta importante para guiarnos en nuestra respuesta colectiva y coordinada a este fenómeno de rápida evolución. Animo a los responsables de formular políticas nacionales a hacer un buen uso de la información y las recomendaciones que se recogen en sus páginas'.

João Goulão, Coordinador nacional de Portugal para problemas de drogas, toxicomanías y consumo nocivo de alcohol



Tel: +44 (0) 20 7324 2975

Fax: +44 (0) 20 7324 2977

Email: contact@idpc.net

Web: www.idpc.net

ISBN – 0-904932-07-9

Esta Guía se ha elaborado, en parte, con el apoyo de una subvención de Open Society Foundations



**OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS**