

Guía sobre políticas de drogas



Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas

Guía sobre políticas de drogas

Índice

Introducción.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Abreviaturas y siglas.....	iv
Capítulo 1 – Principios Fundamentales.....	1
1.1 Un enfoque estructurado para el desarrollo y la revisión de estrategias.....	3
1.2 Garantía del cumplimiento de los derechos y las libertades fundamentales.....	6
1.3 Acento en los daños asociados con el consumo y los mercados de drogas.....	9
1.4 Fomento de la integración social de grupos marginalizados.....	11
1.5 Desarrollo de relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil.....	14
Capítulo 2 – Justicia Penal.....	16
2.1 Reforma de las leyes de drogas.....	17
2.2 Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas.....	29
2.3 Reducción de los encarcelamientos.....	39
2.4 Política eficaz para centros penitenciarios.....	49
Capítulo 3 – Programas Sociales Y Sanitarios.....	58
3.1 Prevención en materia de drogas.....	59
3.2 Tratamiento para la dependencia de drogas.....	67
3.3 Reducción de daños.....	77
Capítulo 4 – Fortalecimiento De Comunidades.....	90
4.1 Reducción de la violencia de los mercados de drogas.....	91
4.2 Fomento de medios de vida alternativos.....	101
4.3 Protección de los derechos de los pueblos indígenas.....	111
Glosario.....	118

Introducción

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) es una red mundial integrada por organizaciones no gubernamentales (ONG) y redes profesionales que está especializada en cuestiones relacionadas con el uso y la producción de drogas fiscalizadas. El Consorcio trabaja para fomentar 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 apoyar las políticas que se fundamentan en evidencias científicas que reducen eficazmente los daños relacionados con las drogas. La red publica asimismo informes ocasionales, difunde los informes de sus organizaciones miembros sobre cuestiones específicas relacionadas con las drogas, y ofrece servicios especializados de asesoría a encargados de políticas y funcionarios 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.

Esta guía sobre políticas de drogas se redactó en 2009, fruto de una labor de investigación y consulta con nuestra red de expertos. Su objetivo es ofrecer a nuestros socios regionales y nacionales un recurso que puedan utilizar para orientar la revisión de las políticas y los programas nacionales de drogas en sus respectivos campos de especialización y para interactuar con responsables de políticas con el fin de colaborar hacia la mejora de dichas políticas y programas. La guía se actualizará anualmente para reflejar las novedades que vayan surgiendo con las investigaciones de base empírica y el desarrollo de experiencias.

Estos capítulos también servirán de guía para la labor de asesoramiento del IDPC a lo largo de 2010. A través de su red mundial de miembros y expertos, el IDPC puede proporcionar a los responsables de la formulación de políticas asesoría y apoyo especializados para desarrollar estrategias y políticas adecuadas a cada país. Esta tarea se puede organizar mediante la presentación de materiales escritos, presentaciones en jornadas o actos, reuniones con funcionarios clave, la organización de viajes de estudio o la participación de asesores. Si le interesa alguno de estos servicios, póngase en contacto con Ann Fordham en afordham@idpc.net.

Agradecimientos

Autores

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

Colaboraciones/revisión inter pares

Adriana Beltran (Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos)
David Bewley-Taylor (Profesor, Swansea University)
Allan Clear (Harm Reduction Coalition)
Richard Elliott (Canadian HIV/AIDS Legal Network)
Christopher Hallam (IDPC)
Ernestien Jensema (Transnational Institute)
Kathy Ledebur (Red Andina de Información)
Marie Nougier (IDPC)
Richard Pearshouse
Haydee Rosovsky (CRECE)
Roxanne Saucier (International Harm Reduction Development Programme)
Nicola Singleton (UK Drug Policy Commission)
Ricardo Soberón (Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos, Perú)
Alex Stevens (University of Kent)
Daniel Wolfe (International Harm Reduction Development Programme)
Warren Young (New Zealand Law Commission)

Traductores

Beatriz Martinez
Enrique Bossio

Abreviaturas y siglas

CDVP	consumidor de drogas por vía parenteral
IDPC	Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas
IHRA	Asociación Internacional de Reducción de Daños
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
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
PIAJ	programa de intercambio de agujas y jeringuillas
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAR	tratamiento antirretroviral
TB	tuberculosis
TSO	tratamiento de sustitución de opioides
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Capítulo 1

Principios Fundamentales

Principios Fundamentales

La mayoría de gobiernos nacionales ha seguido fielmente el modelo de política de drogas promovido desde 1961 por las convenciones sobre estupefacientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que ponen el acento en leyes y operaciones represivas con miras a contener y, en última instancia, erradicar la oferta de drogas ilegales. Sin embargo, muchos de los responsables de las decisiones políticas se han visto obligados a replantear su compromiso hasta la fecha con estas estrategias porque:

- ha resultado imposible reducir de forma significativa y sostenida las dimensiones generales de los mercados de drogas ilegales¹
- cada vez está más claro que la aplicación del actual sistema mundial de control de drogas tiene importantes consecuencias negativas (como, por ejemplo, el incremento de los beneficios y el alcance de la delincuencia organizada)²
- el aumento de los problemas sanitarios relacionados con las drogas ha propiciado una revisión de los efectos de la criminalización y la marginación de los consumidores de drogas³
- las pruebas ponen cada vez más de manifiesto que algunos daños derivados de los mercados y el consumo de drogas se pueden abordar con eficacia mediante políticas y actividades cuyo principal objetivo no es reducir el consumo de drogas ni las dimensiones generales de los mercados de drogas⁴
- el sistema de la ONU ha llamado la atención sobre ciertas inquietudes en torno al quebrantamiento de derechos humanos fundamentales en el intento de cumplir con objetivos de fiscalización de drogas.⁵

Los gobiernos deberían efectuar revisiones significativas de sus leyes y estrategias nacionales de control de drogas con el fin de sacar el máximo partido de los recursos y maximizar la seguridad, la salud y el desarrollo humanos.

- 1 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998-2007 (European Communities)*, http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc/report_short_10_03_09_en.pdf Según el estudio, no hay pruebas que demuestren que el problema mundial de las drogas se redujera durante el periodo de la UNGASS, entre 1998 y 2007.
- 2 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; Bewley-Taylor, D., Hallam, C., Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The incarceration of drug offenders, an overview*. (The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Report_16_2_FINAL_EN.pdf; Transnational Institute (2008), *Informe sobre políticas de drogas 28 – Cultivos de uso ilícito y ecocidio*, <http://tni.org/es/briefing/cultivos-de-uso-ilicito-y-ecocidio>
- 3 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: WHO), <http://www.who.int/hiv/idu/TechnicalGuideTargetSettingApril08.pdf>; Ball, A., Rana, S. and Dehne, K.L. (1998), 'HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries'. *Public Health Reports* **113**(1):170 – 181, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1307739/>
- 4 Ramirez-Jonville, A. (2006), 'Drug addiction: harm reduction policies in France and Spain'. *Presse Medicale* **35**(7-8):1151 – 1161, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16840891>; 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* (Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Briefing_18.pdf
- 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.nst/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>; International Harm Reduction Association Press Release (9 de febrero de 2009), *UN Special Rapporteur on the Right to Health calls for government action on harm reduction in new IHRA report*, <http://www.ihrablog.net/2009/02/un-special-rapporteur-on-right-to.html>; 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.unodc.org/unodc/en/press/releases/2009-12.03.html>

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

Actualmente, hay una serie de pruebas y experiencias en todo el mundo sobre cómo desarrollar y revisar estrategias de drogas nacionales, así como sobre las actividades y los programas que resultan más eficaces. Esta guía del IDPC se basa en esas pruebas y evidencias para ofrecer un asesoramiento accesible a responsables de políticas y ayudarlos a desarrollar políticas y programas eficaces y adaptados a los problemas y desafíos concretos de su país.

Máximos principios para una política de drogas eficaz

Partimos de la propuesta de que toda estrategia nacional sobre drogas debería fundamentarse en cinco principios básicos:

- 1) Las políticas de drogas se deberían desarrollar mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y las pruebas empíricas.
- 2) Todas las actividades se deberían desplegar 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 y los mercados de estas sustancias.
- 4) Las políticas y actividades deberían perseguir el fomento de la integración social de grupos marginalizados.
- 5) Los gobiernos deberían construir relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil para debatir y desarrollar sus estrategias.

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

⁶ Preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: 'Las Partes, [están] Preocupadas por la salud física y moral de la humanidad'.

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

Desde 1961, la mayoría de países ha desarrollado políticas de drogas mediante la formulación de leyes de control de la producción, la distribución y el consumo de estas sustancias que se ajustaran a sus obligaciones en virtud de las convenciones correspondientes de la ONU. A medida que los encargados de adoptar políticas han ido tomando conciencia de la complejidad de los factores que influyen en los niveles y patrones de producción, suministro y consumo de drogas entre sus poblaciones, se ha ido haciendo cada vez más evidente que se necesitan estrategias nacionales integrales e integradas, y que las leyes sobre drogas y su aplicación representan sólo una entre las muchas áreas de actividad gubernamental que se pueden utilizar para alcanzar estos objetivos estratégicos.

Este ámbito de la política socio-sanitaria se ha caracterizado durante mucho tiempo por debates ideológicos y susceptibilidades políticas y diplomáticas. Es de especial importancia que los gobiernos adopten un enfoque sumamente estructurado para desarrollar y revisar sus políticas y estrategias sobre drogas. No basta con centrarse en cuestiones de aplicación de la ley ni con ver las decisiones en este sentido desde la óptica de ser 'duros' o 'blandos' con respecto a las drogas. Un buen proceso de establecimiento de políticas de drogas a escala nacional debería contar, idealmente, con el siguiente marco normativo:

Es de especial importancia que los gobiernos adopten un enfoque sumamente estructurado para desarrollar y revisar sus políticas y estrategias sobre drogas.

- **Una declaración de objetivos de alto nivel** Estos objetivos surgirán a raíz de evaluar qué consecuencias del consumo y los mercados de drogas son más perjudiciales para la sociedad. Las comunidades y la sociedad civil pueden participar positivamente en un debate sobre qué aspectos del problema de las drogas les preocupan más. Por ejemplo, dependiendo de las circunstancias propias de cada país, las prioridades pueden centrarse en reducir la delincuencia organizada y la violencia, el impacto del consumo de drogas en las familias y las comunidades o el contagio del VIH y otras infecciones. Seguramente, habrá también varios objetivos que abarquen las dimensiones del mercado y sus consecuencias. Como se explicará más adelante, los objetivos operativos, tales como el número de decomisos de drogas o de arrestos, no constituyen un resultado fundamental para una estrategia nacional adecuada.

- Una descripción de las actividades que desplegará el gobierno y del apoyo para la consecución de los objetivos** Cada vez hay más pruebas empíricas en todo el mundo que sirven para orientar a los responsables de tomar las decisiones en materia de políticas sobre qué actividades y programas resultarían más eficaces para alcanzar sus objetivos. Por ejemplo, hay claras evidencias del impacto del tratamiento de dependencia de las drogas sobre la reducción de la delincuencia en las calles⁷ o de la puesta en práctica de programas de reducción de daños sobre la disminución de los contagios de VIH.⁸ Evidentemente, la variedad y el alcance de las actividades se verán constreñidos por la disponibilidad de recursos. Sin embargo, invertir en estrategias y programas de drogas eficaces conducirá a un mayor ahorro, al rebajar el coste que entrañan los problemas sanitarios, sociales y de delincuencia (los programas de tratamiento de dependencia de las drogas, por ejemplo, cuestan menos que lo que supone responder a los delitos que podrían evitar dichos programas).⁹
- La participación y colaboración de departamentos u organismos responsables de las actividades** Los problemas de drogas de una sociedad no se pueden solventar mediante un único departamento 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 sanidad, asuntos sociales, justicia, educación y asuntos exteriores. Una buena ejecución de programa debería realizarse a través de las oficinas locales de estos departamentos, en colaboración con las autoridades municipales, los grupos comunitarios y de base confesional, y las organizaciones de la sociedad civil de la zona, entre las que se deberían contar también, por ejemplo, comunidades afectadas como consumidores de drogas y cultivadores. Es importante establecer mecanismos de coordinación fuertes, tanto a escala local como nacional, para animar a estas distintas organizaciones a trabajar conjuntamente hacia la estrategia acordada y garantizar que los recursos se empleen con eficacia. También se debería instaurar un mecanismo sólido de rendición de cuentas para evaluar el funcionamiento de la estrategia.
- La cantidad de recursos movilizados por el gobierno para respaldar estas actividades** Las estrategias nacionales sobre drogas difieren considerablemente en lo que se refiere a la asignación de recursos. Algunos países, especialmente los Estados Unidos, gastan miles de millones de dólares anuales en acciones planificadas en el marco de su estrategia nacional de lucha contra las drogas. Otros, invierten muy poco en actividades concebidas para reducir

7 Ball, J.C. & Ross, A. (1991), *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome*. (New York: Springer-Verlag) ; National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction (1998), 'Effective medical treatment of opiate addiction'. *JAMA* **280**:1936–1943, <http://consensus.nih.gov/1997/1998TreatOpiateAddiction108html.htm> ; Gossop, M. (2005), *Drug misuse treatment and reductions in crime: findings from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)* (National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_drug_treatment_crime_reduction_ntors_findings_2005_rb8.pdf

8 Hunt, N. (2003), *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use* (Forward Thinking on Drugs, A Release Initiative), <http://www.ihra.net/Assets/23/1/HIVTop50Documents11.pdf>

9 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&cpsidt=15796344>

los problemas de drogas. El gasto puede quedar oculto en los presupuestos generales de sanidad, justicia o aplicación de la ley, donde puede que no se evalúe explícitamente su impacto sobre la consecución de los objetivos de la estrategia de drogas. Es importante que los encargados de tomar las decisiones en materia de políticas evalúen claramente lo que se gasta 'de forma proactiva' en políticas y programas de drogas (por ejemplo, en aplicación de la ley, prevención y tratamientos) en relación con los ahorros conseguidos sobre el gasto 'reactivo' (por ejemplo, con lo que entraña responder a problemas relacionados con las drogas como la delincuencia, la pérdida de actividad económica o el tratamiento de afecciones).

- **Una clara articulación del alcance y el calendario de la estrategia, así como de la medición de su avance** Si el objetivo es aprender de nuestros éxitos y fracasos en las políticas de drogas, es fundamental establecer mecanismos para revisar el impacto de nuestras estrategias, actividades y programas en este ámbito. Esto supone fijar objetivos y calendarios claros, y comprometerse con un objetivo y una revisión adecuadamente estructurada en un determinado momento. Muchos países crearon estrategias nacionales de drogas de carácter integral en los años noventa, que han perfeccionado y actualizando. Sin embargo, salvo en contadas excepciones –como en Portugal, Hungría o Australia–, la revisión de dichas estrategias no ha sido lo bastante sistemática ni objetiva. A causa de ello, se siguen realizando actividades claramente ineficaces y se está perdiendo la oportunidad de incorporar enfoques nuevos y posiblemente más fructíferos. Dado que ningún país ha conseguido resolver plenamente los problemas asociados con el consumo y los mercados de drogas en su territorio, los responsables de adoptar políticas deberían estar buscando constantemente mejores objetivos y respuestas, basados más en las pruebas empíricas y la experiencia que en ideologías y retóricas políticas.

1.2 Garantía del 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'.¹⁰ Los organismos y las medidas de control de drogas 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.¹¹

'Las personas que consumen drogas no pierden sus derechos humanos'.

Navanathem Pillay, Alta Comisionada de la ONU para los Derechos Humanos

Los derechos humanos y las libertades fundamentales emanan de la dignidad y el valor de la persona humana.¹² Son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí,¹³ lo que significa que nadie puede ser despojado de ellos por consumir drogas, plantar cultivos de uso ilícito o vivir con VIH. Así lo ha manifestado explícitamente la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Navanathem Pillay, al señalar que 'las personas que consumen drogas no pierden sus derechos humanos'.¹⁴

Los derechos humanos no son una mera declaración de principios. El derecho internacional establece obligaciones específicas que vinculan a los Estados a respetarlos, protegerlos y cumplirlos.¹⁵ Esto significa que no deberían violar los derechos humanos de sus ciudadanos –incluidos los consumidores de drogas y los cultivadores– ni permitir que lo hagan terceras partes, como los funcionarios de organismos policiales. También significa que deberían adoptar las medidas adecuadas –legislativas, constitucionales, presupuestarias y de cualquier otra índole– para que los derechos humanos de todos sus ciudadanos se hagan plenamente efectivos.

Anand Grover, Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ha planteado su preocupación sobre las actuales prácticas de las políticas de drogas. Lamentablemente, los abusos de los

10 Preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

11 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.

12 Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

13 Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993), *Declaración y programa de acción de Viena* (A/CONF.157/23), 12 de julio de 1993, párr. 1.

14 United Nations Press Release (10 de marzo 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>

15 Office of the High Commissioner for Human Rights website: *International human rights law*, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>

derechos humanos siguen multiplicándose bajo los auspicios de la política de drogas, en las que el avance hacia la realización de los derechos humanos nunca ha sido una pieza clave. Entre los ejemplos habituales de violaciones de los derechos humanos, cabe mencionar:¹⁶

- la violación del derecho a la vida,¹⁷ con el uso de la pena de muerte¹⁸ o asesinatos extrajudiciales por delitos de drogas
- la violación del derecho a no padecer torturas ni tratos crueles e inhumanos,¹⁹ con la detención arbitraria de consumidores de drogas y abusos en centros de tratamiento obligatorio para los consumidores de drogas²⁰
- el derecho a no estar sometido a la esclavitud; algunos centros de tratamiento obligatorio aún utilizan prácticas como los trabajos forzados²¹
- la violación del derecho a la salud,²² a raíz del acceso limitado a medicamentos esenciales y programas de prevención de drogas o VIH, tratamiento, atención y apoyo²³
- la violación de los derechos sociales y económicos,²⁴ con la puesta en práctica de campañas de erradicación forzosa de cultivos
- la violación del derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación,²⁵ con la aplicación discriminatoria de las leyes de control de drogas, especialmente con respecto a personas de minorías étnicas, indígenas y mujeres.²⁶

Hoy en día, estos abusos están recibiendo mayor atención del público y las ONG que trabajan sobre los derechos humanos dedican un mayor esfuerzo a vigilar el desempeño

16 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.ihra.net/Assets/1512/1/UNGASSReviewFactSheet-DrugPolicy/HRAHumanRightsWatchandOSI.pdf>

17 Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966.

18 Más de 30 países mantienen la pena capital por delitos de drogas.

19 Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de la ONU de 1984.

20 Open Society Institute & International Harm Reduction Development Program (2009), *Human rights abuses in the name of drug treatment, reports from the field*, http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/treatmentabuse_20090318/treatmentabuse_20090309.pdf; Richard Pearshouse (2009), *Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)*, (Canadian HIV/AIDS Legal Network), <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=917>; Human Rights Watch (2010), *Skin on the cable – The illegal arrest, arbitrary detention and torture of people who use drugs in Cambodia*, <http://www.hrw.org/en/reports/2010/01/25/skin-cable-0>

21 Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

22 Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1945 y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

23 La Organización Mundial de la Salud calcula que aproximadamente el 80 por ciento de la población mundial tiene acceso nulo o insuficiente a tratamientos para aliviar dolores moderados o severos: World Health Organisation, *Access to Controlled Medications Programme (2008), Improving access to medications controlled under international drug conventions*, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_bnote_english.pdf

24 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

25 Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965 y Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979.

26 Las investigaciones de Human Rights Watch, por ejemplo, indican que, en los Estados Unidos, es diez veces más probable que entre en prisión por delito de drogas un ciudadano afroamericano que uno blanco: Human Rights Watch (2008), *Targeting Blacks: drug law enforcement and race in the United States*, <http://www.hrw.org/en/node/62236/section/1>

de los Estados.²⁷ 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), Antonio Maria Costa, señaló hace poco: 'Nuestra labor se guía, en primer lugar, por la Carta de la ONU, por la que sus signatarios se comprometen con las libertades fundamentales, y por la Declaración Universal de Derechos Humanos (...) Dado que recalcamos los aspectos sanitarios de la fiscalización de estupefacientes, es lógico que la aplicación de las convenciones en materia de drogas deben estar en debida consonancia con los derechos humanos. Hasta el momento, se ha prestado poca atención a este aspecto de nuestra labor, lo cual, sin duda, debe corregirse'.²⁸ Además, tanto el Relator Especial de la ONU sobre la tortura, profesor Nowak, como la Alta Comisionada de la ONU para los Derechos Humanos, Navanethem Pillay, han instado a que la política de drogas siga un enfoque basado en los derechos humanos.²⁹

Es evidente que gobiernos y autoridades encargadas de la aplicación de la ley, en su entusiasmo por elaborar y aplicar políticas y programas nacionales de control de drogas, han prestado poca atención a los derechos y las libertades fundamentales. 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.³⁰ Este nuevo marco jurídico debería centrarse en:

- la salud pública, con miras a mejorar el acceso a medicamentos esenciales y desarrollar programas de reducción de daños, prevención, tratamiento y atención.
- el desarrollo, con miras a poner el acento no sólo sobre el desarrollo alternativo, sino también sobre la reducción de la pobreza y la mejora de la educación, el empleo, la seguridad social, etcétera.
- la seguridad humana, con miras a poner el acento de las iniciativas de aplicación de la ley sobre aquellos más responsables de los problemas relacionados con las drogas y no sobre pequeños traficantes que no constituyen un peligro, consumidores de drogas y comunidades campesinas vulnerables.

27 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*, http://www.idpc.net/php-bin/documents/BFDPP_RP_13_Recal_Regime_EN.pdf

28 UNODC Executive Director Antonio Maria Costa (10 de marzo de 2008), 51st Session of the Commission on Narcotic Drugs, Vienna, <http://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/speeches/2008-03-10.html>

29 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.unhchr.ch/huricane/huricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>

30 Barrett, D. & Nowak, M. (2009), 'The United Nations and Drug Policy: Towards a Human Rights-Based Approach', *The Diversity of International Law: Essays in Honour of Professor Kalliopi K. Koufa* (Constantinides and Nikos Zaikos eds., Brill/Martinus Nijhoff): 449-477, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1461445.

1.3 Acento en los daños asociados con el consumo y los mercados de drogas

En el último siglo, los países han centrado gran parte de sus iniciativas de control de drogas en reducir las dimensiones de los mercados de drogas, fundamentalmente a través de medios punitivos, con el convencimiento de que así se rebajarían los daños relacionados con estas sustancias.³¹ Estas iniciativas han resultado, en gran medida, un fracaso. Aunque la teoría dice que reducir las dimensiones del mercado podría conducir a disminuir también los daños, la práctica demuestra, 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;³² y una acción contra una droga determinada puede llevar a los consumidores a pasarse a otras sustancias que pueden ser más peligrosas.³³

Las políticas que se centran explícitamente en daños concretos son más eficaces que las que intentan alcanzar una sociedad sin drogas.

Además, estas políticas han derivado muchas veces en más daños. Las leyes que criminalizan el consumo de drogas y la posesión de materiales para inyectarse animan a la policía a acosar a los consumidores de drogas en los centros de intercambio de agujas, lo cual los aleja de los servicios de atención de enfermedades.³⁴ En la misma línea, muchos consumidores eluden los tratamientos de drogas por temor a ver su nombre añadido a un registro gubernamental de personas dependientes de las drogas, ya que se exponen a perder el empleo, el permiso de conducir o incluso la custodia de los hijos. Estas políticas también pueden incrementar las conductas de riesgo asociadas con el consumo de drogas y, por lo tanto, aumentar las enfermedades asociadas.³⁵ En última instancia, su impacto sobre la salud pública es, en muchas ocasiones, negativo, tanto desde el punto de vista de la prevención y el control de enfermedades como del gasto público. Limitarse a defender el objetivo a largo plazo de una sociedad sin drogas o la erradicación de los mercados de drogas ilegales ya no es una política sostenible.

31 Preámbulos de las convenciones de la ONU en materia de estupefacientes de 1961, 1971 y 1988.

32 Roberts, M., Trace, M. & Klein, A. (2004), *Beckley Report 3 – Law enforcement and supply reduction* (DrugScope & Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_lawenforce.pdf

33 American Civil Liberties Union (1999), *Drug testing: a bad investment* (New York: ACLU), <http://aclu.org/FilesPDFs/drugtesting.pdf>; Westermeyer, J. (1976), 'The pro-heroin effects of anti-opium laws in Asia', *Archives of General Psychiatry* **33**:1135–1139.

34 World Health Organisation (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: WPRO), http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf

35 Open Society Institute (2009), *The effects of drug user registration laws on people's rights and health: key findings from Russia, Georgia and Ukraine* (New York: OSI), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf

Las pruebas demuestran que las políticas y los programas que se centran explícitamente en daños concretos son más eficaces que las que intentan erradicar el mercado de una determinada droga o buscan alcanzar una sociedad sin drogas. Las medidas de reducción de daños persiguen limitar las consecuencias nocivas del consumo y los mercados de drogas. Aunque el principio de reducción de daños se suele utilizar para aludir a medidas de fomento de la salud –como programas de intercambio de agujas, prevención de drogas, tratamiento y otros programas de ayuda social–, también abarca medidas que reducen un amplio abanico de daños relacionados con las drogas para las personas, la comunidad y la población en general. La reducción de daños, por tanto, se suele describir como un enfoque pragmático; un enfoque que aspira a mejorar la salud pública, el bienestar de la comunidad y los derechos humanos utilizando el método más eficaz. Cabe destacar que la reducción de daños pasa por el reconocimiento de que la reducción general de las dimensiones de los mercados de drogas no es el único objetivo –ni el más importante– de la política de drogas (para más detalles, véase el apartado 4.3 sobre la protección de los derechos de los pueblos indígenas).

Una mejor forma de contribuir a la ‘la salud física y moral de la humanidad’³⁶ consiste en concebir y aplicar políticas y programas que buscan reducir el contagio de enfermedades, los delitos menores o la delincuencia organizada y aumentar la inclusión y la productividad de los consumidores de drogas en la sociedad. Los gobiernos deberían empezar por evaluar los daños relacionados con las drogas que tienen el impacto más negativo sobre sus ciudadanos. Después de ello, se encontrarán en una mejor posición para diseñar y poner en práctica estrategias para abordar esos problemas concretos.

Este amplio concepto de reducción de daños se debería considerar un principio rector en la elaboración de todos los programas y las políticas de drogas.

36 Preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de la ONU, http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

1.4 Fomento de la integración social de grupos marginalizados

La distribución del consumo de drogas entre distintos grupos sociales varía según el país. En algunos, puede que se reparta uniformemente en toda su geografía, entre clases sociales y diferentes razas o culturas; en otros, puede que se concentre en áreas o grupos concretos.

Sin embargo, parece haber una tendencia común a todas las sociedades: la prevalencia del consumo dependiente de las drogas se concentra fuertemente entre los sectores más marginalizados. Este hecho no resulta sorprendente, ya que está sobradamente documentado que la dureza de las condiciones de vida, y los traumas y dificultades emocionales asociados, son importantes factores en el desarrollo de problemas de drogas.³⁷ Las personas que viven en duras condiciones sociales siempre serán más vulnerables a un consumo de drogas habitual y a sus daños relacionados.

Gran parte del trabajo de los departamentos y organismos de asuntos sociales de los gobiernos nacionales se centra en mejorar las condiciones de vida de grupos pobres y marginalizados, y en integrarlos más en la corriente social y económica dominante. No obstante, muchos aspectos de las políticas de drogas nacionales han tenido el efecto contrario sobre los consumidores de drogas. Por ejemplo:

- La condena del consumo de drogas estigmatiza a personas, grupos y, en ocasiones, a comunidades enteras, con lo que se limita su capacidad para participar en la actividad social y económica.
- Los programas que identifican y castigan a los jóvenes atrapados consumiendo drogas o en posesión de ellas suelen derivar en su exclusión de educación o empleo, con lo que se aumenta el riesgo de que se exacerben sus problemas.
- Los programas que se centran en arrestos y duras sanciones penales hacia los consumidores de drogas tienen un escaso efecto de disuasión. Lo que consiguen es alejarlos de influencias sociales positivas e incrementar su exposición a riesgos sanitarios y grupos delictivos.

Se deberían adoptar políticas que desafíen y minimicen la marginación y estigmatización sociales de las personas y los grupos en mayor situación de riesgo.

³⁷ Graubner, C. (2007), *Drugs and Conflict: how the mutual impact of illicit drug economies and violent conflict influences sustainable development, peace and stability* (GTZ Development-oriented Drug Control Programme, General Ministry for Economic Cooperation and Development in Germany), <http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0470.pdf> ; UK Home Office (2007), *Online Report 04/07: Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*, <http://www.homeoffice.gov.uk/irids/pdfs/07/iridsolr0407.pdf> ; Smyth, N.J. & Kost, K.A. (1998), 'Exploring the nature of the relationship between poverty and substance abuse: knowns and unknowns'. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment* 1(1): 67–82, <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a904453311&db=all> ; 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> ; Western Pacific Regional Office of the World Health Organization (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: WPRO), http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf.

- La aplicación de la ley y otras actividades que empujan a la clandestinidad a los consumidores de drogas dependientes hacen más difícil que les lleguen los programas sanitarios y sociales.

Si los gobiernos desean conseguir un impacto significativo y sostenido sobre el nivel de dependencia de las drogas de sus ciudadanos, deben adoptar políticas y programas que desafíen la marginación y estigmatización sociales de las personas y los grupos en mayor situación de riesgo. Muchos de estos enfoques no serán necesariamente propios de la política de drogas, sino que formarán parte de la política sanitaria, social y económica más general.

La marginación social también se puede minimizar suavizando el principio de tratar todas las formas de consumo de drogas como delitos penales en virtud de las leyes nacionales y de aplicar arrestos generalizados y duros castigos a los consumidores de estas sustancias. Cada vez se coincide más en que estos enfoques punitivos hacen más mal que bien. El secretario general de la ONU declaraba en su mensaje con motivo del Día Mundial de Lucha contra el SIDA 2009: 'Insto 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.'³⁸ En efecto, muchos países están alejándose de las duras sanciones por el consumo de drogas y dirigiéndose hacia reformas que conllevan la despenalización (es decir, la reducción del nivel de las sanciones asociadas a los delitos de drogas) o la descriminalización (la revocación de las leyes que definen como delictivo el consumo de drogas o la derivación del proceso hacia servicios administrativos o sanitarios) para evitar empeorar la exclusión social de los consumidores de drogas.³⁹ La descriminalización presenta una importante ventaja con respecto a la despenalización: facilita la integración social.

Éste es un giro significativo con respecto a los enfoques tradicionales de las políticas de drogas basadas en el principio de la disuasión, que parten de la idea de que, si los consumidores de drogas son condenados, marginados y sujetos a duras penas, se desalentará a los consumidores potenciales. El mercado de las drogas se encogerá y acabará desapareciendo. Las pruebas, sin embargo, ponen de manifiesto que la disuasión no constituye un factor significativo en el nivel de dependencia de las drogas de una población dada, mientras que sí lo son, sin duda alguna, la oferta, el precio de las drogas, la pobreza, la desigualdad y unas condiciones de vida duras.⁴⁰

38 Secretario general de las Naciones Unidas (1 de diciembre de 2009), *Mensaje del Secretario General con motivo del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA*, <http://157.150.195.10/spanish/sg/messages/aidsday2009.html>

39 Este enfoque se ha adoptado recientemente en Portugal con muy buenos resultados (para más información, véase el apartado 2 de este guía, dedicado a la justicia penal).

40 Ejemplo: Estudio comparativo sobre el impacto de las políticas de drogas en Amsterdam y San Francisco sobre el consumo de estas sustancias: 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>; Boyum, D. & Reuter, P. (2001), 'Reflections on Drug Policy and Social Policy'. En Heymann, P. and Brownsberger, W. (eds.) *Drug Addiction and Drug Policy: The Struggle to Control Dependence* (Cambridge: Harvard University Press): 239-264; MacCoun, R. & Reuter, P. (2002), 'The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty First Century', *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* (Issue co-edited by Reuter and MacCoun).

El principio de la inclusión o integración social se puede examinar en dos niveles: políticas de drogas y políticas socio-económicas más generales.

Políticas de drogas Los programas de aplicación de la ley, prevención y tratamiento deberían contar con un elemento de integración:

- Las leyes de drogas y las tácticas de aplicación de la ley deberían evitar las medidas que exacerban la marginación de los consumidores de drogas y los cultivadores, y centrarse en cambio en animarlos a participar en programas de reinserción o desarrollo alternativo. Tal como explicaba la propia ONUDD, deberíamos tratar a los consumidores dependientes de drogas como ciudadanos que necesitan ayuda y no como delincuentes que merecen ser castigados.⁴¹
- Los programas de prevención y educación se deberían elaborar cuidadosamente para evitar procesos que impidan a los consumidores dependientes de drogas seguir una transición sana hacia la edad adulta (como la exclusión de la escuela o la negación de servicios).
- Los programas de tratamiento de dependencia de las drogas se deberían centrar en facilitar que los consumidores dependientes se reintegren plenamente y vivan de forma autónoma, como miembros constructivos de la comunidad.
- El diseño de las políticas y los programas de drogas debería de contar con la participación de representantes de los grupos más afectados por ellos, como consumidores de drogas y cultivadores. De este modo, se generará una política mejor fundada y se evitarán algunas consecuencias negativas y no deseadas sobre estas comunidades.

Políticas socio-económicas más generales Los análisis de las cifras de prevalencia internacional⁴² y los estudios sobre poblaciones individuales⁴³ apuntan a la conclusión de que los niveles generales de pobreza, desigualdad y cohesión social tienen un mayor impacto a largo plazo sobre la prevalencia del consumo de drogas y los problemas relacionados con éste en cualquier sociedad que las políticas nacionales de drogas concretas. 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. Lo que estos países tienen en común son sociedades relativamente acomodadas e igualitarias, con comunidades y programas sociales sólidos. Si la prioridad de un gobierno consiste en reducir el nivel general de dependencia de las drogas, lo mejor que puede hacer es centrarse en abordar estos grandes retos en materia de políticas sociales en lugar de ahondar la exclusión social a través de políticas severas. Estos temas se desarrollan con mayor detalle en el apartado 3.1, sobre prevención, y en el capítulo 4, sobre el fortalecimiento de las comunidades.

41 United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *World Drug Report 2009*, http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf

42 Compárense los mapas del índice de desarrollo humano del PNUD: http://hdr.undp.org/en/statistics/data/hd_map/hdi_trends/, con los datos recopilados en el Informe Mundial sobre las Drogas correspondiente a 2009 de la ONUDD: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf

43 Wilkinson, R. & Marmot, M.G. (2003), *Social determinants of health: the solid facts* (WHO), http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2; 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>

1.5 Desarrollo de relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil

Con demasiada frecuencia, las susceptibilidades políticas han llevado a los responsables de adoptar políticas a ver a la sociedad civil como un problema que es mejor evitar. Sin embargo, se pueden crear mecanismos constructivos para una interacción respetuosa, ya que las ONG –incluidos los representantes de consumidores y cultivadores– son una fuente de conocimientos de gran valor debido a su visión de los mercados de drogas y de las comunidades que las consumen.

En esta guía, el término 'sociedad civil' abarca varios grupos, especialmente a las personas y las comunidades más afectadas por las políticas de drogas, como consumidores, personas que viven con el VIH, agricultores de cultivos declarados ilícitos, indígenas y sus comunidades. Las organizaciones de la sociedad civil están integradas por ONG, redes y asociaciones que buscan representar los intereses de estos grupos, les proporcionan servicios y asistencia, y fomentan cambios positivos en las políticas que les atañen.

Los grupos y las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel clave en todos los sectores de la elaboración de políticas públicas y representan una fuente muy valiosa de información, experiencia y conocimientos. Una interacción significativa y constructiva con la sociedad civil está supeditada a los principios de participación, transparencia y rendición de cuentas.

La respuesta al VIH/SIDA tomó conciencia, desde un buen principio, de que la participación de aquellas personas más afectadas por el virus era de vital importancia para una lucha eficaz. Las políticas y los programas concebidos para prevenir o limitar el

contagio del VIH han demostrado su mayor eficacia y sostenibilidad en aquellos casos en que se han desarrollado en colaboración con las personas y las comunidades más afectadas por la epidemia.

En el campo de las políticas de drogas, las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel fundamental en el análisis del fenómeno de las drogas y en la ejecución de programas y servicios. Tienen

gran experiencia y conocimientos de estas cuestiones, lo cual resulta de especial utilidad para gobiernos y organismos internacionales. Se debería reconocer el papel positivo de la sociedad civil en el diseño y la aplicación de políticas y programas eficaces y adecuados, y se deberían establecer estructuras y condiciones que fomenten la interacción significativa y positiva de los grupos afectados.

Se debería reconocer el papel positivo de la sociedad civil en el diseño y la aplicación de políticas y programas, y se deberían establecer las condiciones necesarias para fomentar su participación.

El sistema de fiscalización de estupefacientes de la ONU está empezando a reconocer la perspectiva y el valor adicionales que las organizaciones de la sociedad civil han aportado al debate sobre políticas, especialmente las de aquellas integradas por representantes de los grupos más afectados por éstas. 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'. Se trató de un proyecto de dos años que 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 Estupefacientes. Además, la Junta del Fondo Mundial ofrece tres asientos a organizaciones de la sociedad civil, con pleno poder de voto, y los Mecanismos de Coordinación de País del Fondo Mundial organizan asociaciones entre actores de la sociedad civil y entes gubernamentales para garantizar que todas las partes relevantes participen en el proceso de toma de decisiones.

Una interacción positiva, sólida y estratégica con la sociedad civil reporta muchos beneficios. Entre ellos, cabe mencionar el fortalecimiento del apoyo político y la garantía de políticas apropiadas; la formulación de políticas mejor fundadas; la ampliación del apoyo a la aplicación de políticas; el fomento de redes de políticas públicas más fuertes para la construcción de consensos y la acción; y la mejora de las capacidades de supervisión y evaluación.

Los principales objetivos de la interacción positiva con la sociedad civil son:

- apoyar una formulación de políticas y un establecimiento de prioridades adecuados y basados en experiencias y asesoramientos prácticos
- facilitar una comunicación eficaz entre responsables de políticas y actores clave de la sociedad civil, garantizando que las personas y las comunidades participen en las intervenciones que les afectarán
- buscar asociaciones mutuamente ventajosas con organizaciones de la sociedad civil para emprender la elaboración conjunta de programas y/o actuar como ejecutores de éstos
- promover una red dinámica de organizaciones de la sociedad civil que pueda seguir apoyando un diseño y una aplicación eficaces de políticas y programas.

La sociedad civil es importante para asegurar la supervisión y evaluación eficaces de la situación sobre el terreno, así como de las nuevas políticas adoptadas por los gobiernos. Puede trabajar con el Estado para identificar problemas y estudiar las respuestas adecuadas. Los grupos que trabajan en este ámbito suelen también estar en disposición de movilizar recursos para llegar a grupos de difícil alcance.

Se deberían crear líneas de comunicación claras y abiertas entre gobiernos y representantes de la sociedad civil para establecer un intercambio significativo y respetuoso de información y perspectivas.



Capítulo 2

Justicia Penal

2.1 Reforma de las leyes de drogas

EN ESTE APARTADO

- ¿Por qué es importante?
- Las convenciones sobre drogas de las Naciones Unidas
- El sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas
- Las drogas y su clasificación
- Control de drogas y sanciones
- Un nuevo sistema penal en materia de drogas
- Apoyo a programas sanitarios y sociales
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

Dejar de poner el acento en criminalizar y sancionar a los consumidores de drogas para situarlo en fomentar 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?

Desde que se puso en marcha el sistema internacional de fiscalización de estupefacientes, a principios del siglo XX, la principal estrategia para reducir las dimensiones de los mercados de drogas y el consumo de éstas ha consistido en crear leyes severas que prohíben la producción, la distribución y el consumo de ciertas sustancias psicoactivas, así como en garantizar que los organismos correspondientes garanticen su aplicación generalizada. Se creía que esta estrategia acabaría reduciendo los problemas sanitarios y sociales asociados. Las estrategias y actividades de los organismos de aplicación de la ley han sido, por tanto, la influencia más destacada sobre la forma de gestionar los problemas de drogas en todos los países.

Las políticas actuales, orientadas a la aplicación de la ley, han tenido un impacto muy limitado sobre las dimensiones del mercado mundial de las drogas y han derivado en una serie de consecuencias negativas.

Muchos estudios reconocen ahora que esta política orientada a la aplicación de las leyes pertinentes ha tenido un impacto muy limitado sobre las dimensiones del mercado mundial de las drogas y, en cambio, ha derivado en una serie de consecuencias negativas. Poco a poco, los gobiernos están empezando a darse cuenta de que las leyes sobre drogas deberían buscar fundamentalmente contribuir a los objetivos de estrategias nacionales más amplias, como reducir la delincuencia, evitar los

Las leyes sobre drogas deberían contribuir fundamentalmente a los objetivos de estrategias nacionales más amplias, como reducir la delincuencia, evitar el VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea y fomentar la salud pública y el desarrollo económico.

contagios de VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea y fomentar la salud pública y el desarrollo económico.

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 Estados miembros de la ONU. Aunque estas convenciones imponen deberes a los gobiernos nacionales, se suele olvidar que el principal objetivo de dichos deberes es

proteger 'la salud física y moral de la humanidad'.⁴⁴ En la práctica, los Estados signatarios muestran una discreción considerable sobre la forma de enmarcar y aplicar las leyes sobre drogas.

La convención de 1961 clasifica las drogas en listas y exige que se les impongan estrictos controles debido a la nocividad inherente de sus características, los riesgos de dependencia y/o su valor terapéutico limitado. El principal objetivo de la Convención Única de 1961 es fiscalizar las drogas restringiendo su uso a fines 'médicos y científicos'. Así, se prohíbe el consumo de drogas al margen de estos contextos. No obstante, la convención también exige a los gobiernos que presten especial atención a cuestiones como tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, y adopten todas las medidas posibles a tal efecto (artículo 38). Dispone también que estos servicios se pueden ofrecer como una alternativa para las personas dependientes de drogas, en vez de declararlas culpables o de sancionarlas penalmente, o además de declararlas culpables o de sancionarlas (artículo 36, párr. 1b). Con los años, se han ido apuntando varias incoherencias, algunas de ellas por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE); por ejemplo, la inclusión del cannabis y la hoja de coca en la Lista I (que define el régimen de control más estricto, el mismo que se aplica a la heroína) en esta convención.

El convenio de 1971 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'. Este convenio también impone obligaciones sobre la identificación y el tratamiento de las personas afectadas, así como el fomento del conocimiento sobre la dependencia de las drogas entre el público general, la formación de personal y la realización de investigaciones (artículo 20). El convenio también afirma que los Estados, en vez de declararlas culpables o de sancionarlas penalmente, o, además de sancionarlas, deberían ofrecer a las personas dependientes de las drogas medidas de tratamiento, atención, rehabilitación y readaptación social (artículos 22, párr. 1b y 20, párr.

44 Preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

1). Finalmente, el convenio aborda el tráfico de drogas a través de la cooperación internacional (artículo 21).

La convención de 1988 también promueve la cooperación entre las partes signatarias con miras a abordar el tráfico de drogas con eficacia, puesto que se introdujo para contrarrestar los grupos de la delincuencia organizada transnacional que se iban haciendo cada vez más poderosos y sofisticados durante los años ochenta. 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, párr. 1 y 21).

Además, la convención de 1988 pretende criminalizar la adquisición o el cultivo de drogas ilícitas para consumo personal (artículo 3, párr. 2). Sin embargo, el artículo 3, párr. 4(d) establece que, en el caso de posesión, adquisición o cultivo para consumo personal, un Estado puede disponer medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción social del delincuente, ya sea como alternativa o como complemento de penas y sanciones. Así, el artículo 3 (párrs. 4b-c-d) de la convención de 1988 permite a los Estados signatarios adoptar medidas de despenalización y un cierto grado de descriminalización en casos de tenencia de drogas para consumo personal.⁴⁵ La convención también permite a los Estados adoptar leyes que se centren en tratamientos médicamente adecuados para la dependencia de las drogas como alternativa a las sanciones penales, al igual que en las dos convenciones anteriores. Finalmente, la convención de 1988 subraya la importancia de tener en cuenta 'las circunstancias de hecho' al imponer sanciones a los delincuentes, como su participación en la delincuencia organizada, la victimización de menores de edad y el recurso a la violencia o el empleo de armas (artículo 3, párr. 5).

El sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas

Los derechos humanos y las libertades fundamentales rigen también en el contexto de las políticas de drogas y los consumidores de estas sustancias, como cualquier otro ciudadano, deberían gozar de tales derechos en todo momento. Entre ellos, cabe mencionar:

- el derecho a la vida⁴⁶

Descriminalización:

revocación de las leyes que definen como delictivo el consumo de drogas o que traspasan el proceso a servicios administrativos o sanitarios.

Despenalización:

reducción del nivel de las sanciones asociadas a los delitos de drogas.

En ambos casos, el consumo de drogas sigue siendo ilegal.

⁴⁵ La descriminalización alude a la revocación de leyes que definen como delictivo el consumo de drogas o la derivación del proceso hacia servicios administrativos o sanitarios; la despenalización implica reducir el nivel de las sanciones asociadas a los delitos de drogas. En ambos casos, el consumo de drogas sigue siendo ilegal.

⁴⁶ Artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

Los consumidores de drogas, como cualquier otro ciudadano, deberían gozar de la protección de sus derechos humanos en todo momento.

- el derecho a no padecer torturas ni tratos crueles e inhumanos,⁴⁷ que incluye el derecho a no sufrir formas de tratamiento forzadas y degradantes
- el derecho a la dignidad⁴⁸
- el derecho a la no discriminación;⁴⁹ por ejemplo, en el acceso a servicios sanitarios o empleo
- el derecho a la salud,⁵⁰ que incluye el derecho a un consentimiento informado para el tratamiento de drogas
- el derecho a un debido proceso judicial y a la proporcionalidad de las penas.⁵¹

Al formular las leyes sobre drogas, los encargados de tomarlas tienen el deber de respetar, proteger y cumplir estos derechos humanos básicos. Al revisar o actualizar las leyes o las políticas sobre drogas vigentes en el marco proporcionado por las convenciones de la ONU, los gobiernos deberían tener en cuenta las drogas y su clasificación, las sanciones del control de drogas, un nuevo sistema penal en el ámbito de las drogas y cómo dar apoyo a programas sociales y sanitarios. Estos puntos se tratan con mayor detalle a continuación.

Las drogas y su clasificación

La mayoría de leyes actuales agrupan las drogas por clases, según el peligro que se les atribuye, con diferentes sanciones para cada clase. A los gobiernos les resulta difícil mantener un enfoque verdaderamente científico ante la clasificación, ya que los conocimientos sobre el gran número de factores que influyen en dicho peligro cambian constantemente.⁵² No obstante, el principio de que las distintas sustancias deberían de estar sujetas a distintos niveles de control puede ser útil, siempre que la clasificación no sea el único factor que determine la sanción correspondiente. Se debería aplicar alguna forma de discreción jurídica que tenga en cuenta otros factores relacionados con el delito y el delincuente para determinar la sentencia correspondiente (cuestiones como, por ejemplo, la cantidad de drogas, la naturaleza del alijo, los antecedentes penales o las necesidades de tratamiento). Al revisar las clasificaciones nacionales, se deben considerar varios elementos:

- Si el actual sistema de clasificación de las drogas se debería mantener o bien sustituirse por un proceso alternativo para juzgar la gravedad de los delitos (por

47 Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de la ONU de 1984; Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950.

48 Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

49 Artículo 5(e)-iv de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965.

50 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1945.

51 Artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966.

52 Las listas de las propias convenciones de la ONU presentan algunas incoherencias evidentes. Así, por ejemplo, aunque los médicos llevan unos 150 años utilizando la morfina para el alivio del dolor, esta sustancia está incluida en la Lista I, que registra las drogas más nocivas.

ejemplo, la articulación de factores agravantes o atenuantes). Si se opta por conservar el actual sistema de clasificación, ¿se basa el agrupamiento de las sustancias en pruebas empíricas y se entiende el sistema?

- ¿Qué sustancias debería cubrir la legislación (al tener en cuenta las obligaciones en virtud de la ONU) y cómo se deberían de distribuir en las distintas clases?
- ¿Se debería de tener en cuenta la calidad (pureza y potencia), la cantidad o el valor en la calle de la sustancia al determinar su clase?
- ¿Mediante qué proceso se deberían analizar e incorporar nuevas sustancias psicoactivas? Y en la misma línea, 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?
- ¿Cuál es el marco más adecuado para reflejar el vínculo entre las drogas ilícitas y otras sustancias afines (alcohol, tabaco y fármacos)?

Se han efectuado varios estudios de base empírica sobre los distintos daños asociados con la oferta y el consumo de toda una serie de drogas.⁵³ Estos estudios pueden proporcionar a los gobiernos una orientación más reciente y fidedigna de la clasificación adecuada para cada sustancia.

Control de drogas y sanciones

Se debería adoptar una perspectiva explícita sobre cuál debería de ser el alcance de la aplicación de las leyes, cómo orientar las acciones de represión y la dureza de las sanciones. A falta de un enfoque proactivo, las leyes de drogas se suelen aplicar sin planificación y de forma arbitraria, lo cual puede desembocar en una incorrecta asignación de los escasos recursos o en prácticas injustas o discriminatorias. Ningún país es capaz de tomar medidas contra cada una de las personas que produce, distribuye o consume drogas. Por este motivo, se necesitan consideraciones estratégicas para establecer prioridades con respecto a la aplicación de la ley y hasta qué punto se deberían utilizar el riesgo de arresto y sanción como un factor disuasivo para limitar la oferta o el consumo.

Los recursos para la aplicación de la ley se deberían destinar a los aspectos más nocivos y antisociales del mercado de las drogas, fomentando a la vez la integración social de los consumidores de drogas.

Con tal fin, varios países han adoptado iniciativas de descriminalización y despenalización.

53 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), <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip40e/>; United Nations Office on Drugs and Crime (2005), *Coca cultivation in the Andean Region – A survey of Bolivia, Colombia and Peru*, http://www.unodc.org/pdf/andean/Part1_executive_summary.pdf; United Nations Office on Drugs and Crime (2005), *Myanmar – Opium survey 2005*, http://www.unodc.org/pdf/Myanmar_opium-survey-2005.pdf; Ritter, A. (2007), *Monograph No. 15: Priority areas in illicit drug policy: Perspectives of policy makers*. DPMP Monograph Series (Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre), [http://www.dpmp.unsw.edu.au/DPMPWeb.nsf/resources/DPMP+Monographs3/\\$file/DPMP+MONO+15.pdf](http://www.dpmp.unsw.edu.au/DPMPWeb.nsf/resources/DPMP+Monographs3/$file/DPMP+MONO+15.pdf); Nutt, D., King, L., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007), 'Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse'. *The Lancet* **369**: 1047–1053; Sellman, J.D. & Adamson, S.J. (2007), *Proposed scale for rationally assessing the risk to public health from using a drug* (Draft, unpublished); Australian Federal Police (2004), *Research Note 7: The impact of AFP drug law enforcement on the availability of heroin*, http://www.afp.gov.au/_data/assets/pdf_file/3929/m7.pdf.

Por lo general, los gobiernos han respondido a las preocupaciones sobre el nivel de consumo de drogas aumentando el alcance de sus leyes y la gravedad de los castigos correspondientes. Sin embargo, hay numerosas pruebas que ponen de manifiesto el limitado efecto de la disuasión como instrumento de las políticas de drogas.⁵⁴ Por ejemplo, el Consejo sobre Directrices de Sentencias del Reino Unido publicó recientemente un informe abierto a consulta pública sobre las penas relacionadas con delitos de drogas en que se cuestionaba el actual sistema de sanciones como instrumento disuasorio de la comisión de delitos.⁵⁵

En consecuencia, algunos gobiernos han desarrollado estrategias alternativas. Así, han dejado de dar una prioridad absoluta a los arrestos y castigos, y han empezado a centrar los recursos de aplicación de la ley en los aspectos más nocivos y antisociales del mercado, fomentando a la vez la integración social de los consumidores de drogas dependientes.

Con este objetivo en mente, varios gobiernos han adoptado recientemente iniciativas de despenalización o descriminalización para enfocar los recursos de aplicación de la ley en los delitos relacionados con drogas más graves y para evitar la superpoblación penitenciaria y la excesiva carga sobre los sistemas judiciales con casos de delitos menores de drogas.⁵⁶

La descriminalización entraña la revocación de las leyes que definen como delictivo el consumo de drogas o la derivación hacia servicios administrativos o sanitarios. Portugal ha sido el país más innovador en este sentido, con la adopción en 2001 de una ley nacional que descriminaliza todas las drogas, incluidas la heroína y la cocaína. Según el nuevo régimen jurídico, el tráfico de drogas es aún procesable como un delito penal. Sin embargo, aunque la posesión de drogas para consumo personal sigue estando prohibida legalmente, las infracciones de esta prohibición se consideran como un hecho exclusivamente administrativo y no penal. La ley introdujo un sistema de derivación hacia una serie de comisiones multidisciplinarias para cada persona arrestada en posesión de drogas. Estas comisiones imponen sanciones tales como servicios comunitarios, multas o la suspensión de licencias profesionales, y recomiendan el seguimiento de programas de tratamiento o educación para aquellos que los necesitan.⁵⁷ Es aún demasiado pronto para evaluar el impacto real de la estrategia portuguesa, especialmente en lo que respecta a la prevalencia del consumo de drogas en el país. No obstante, la ley de 2001 parece haber desbloqueado la sobrecarga que sufrían los sistemas penitenciario y judicial. El número

54 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998-2007 (European Communities)*, http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc/report_short_10_03_09_en.pdf; Roberts, M., Trace, M. & Klein, A. (2004), *Beckley Report 3 – Law enforcement and supply reduction* (DrugScope & Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_lawenforce.pdf

55 Sentencing Guidelines Council (2009), *Consultation on Drug offences*, http://www.sentencing-guidelines.gov.uk/docs/drug_offences.pdf

56 Los gobiernos pueden plantearse diversas estrategias, tales como una política que evite la interposición de acciones judiciales y el empleo de amonestaciones formales o informales (combinado con la incautación de las drogas en cuestión) como alternativa; programas de derivación que conlleven la imposición de sanciones informales como donaciones para beneficencia o trabajo social comunitario con el consentimiento del autor del delito; tratamiento y rehabilitación como alternativa a acciones judiciales o penas; sanciones civiles o administrativas; o el uso de penas no privativas de la libertad como alternativa al encarcelamiento.

57 Greenwald, G. (2009), *Drug decriminalisation in Portugal – Lessons for creating fair and successful drug policies* (Washington DC: CATO Institute), http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf

de personas que acceden a tratamiento ha aumentado y las patologías relacionadas con drogas, como enfermedades de transmisión sexual y muertes relacionadas con estas sustancias, han experimentado una drástica disminución.⁵⁸

También otros países han comenzado a moverse en esta dirección. En 2005, Australia Occidental adoptó una ley de descriminalización del cannabis. En 2009, México, que llevaba décadas luchando sin éxito contra el tráfico de drogas con medidas represivas, también aprobó una ley para descriminalizar el consumo personal. En 2009, el Parlamento argentino también estaba debatiendo una ley para aplicar una decisión del Tribunal Supremo que impedía procesar a aquellas personas arrestadas por tenencia de marihuana. En Europa, el gobierno checo está descriminalizando los casos por posesión menor.

La despenalización supone rebajar el nivel de las sanciones asociadas con delitos de drogas. El Reino Unido ha adoptado este enfoque con respecto a los delitos de cannabis. Las personas arrestadas en posesión de cannabis pueden recibir una amonestación o una multa de la policía. Esto no supone entrar en el registro de antecedentes penales, sino en un registro local de infracciones. Las personas arrestadas en posesión de cannabis por tercera vez o en ciertas circunstancias agravantes pueden enfrentarse, potencialmente, a acciones judiciales.

Un nuevo sistema penal en materia de drogas

El diseño de estos nuevos enfoques plantea algunas dificultades para los responsables de la adopción de políticas. Las directrices tradicionales para el ejercicio de actuaciones judiciales suelen distinguir entre las personas afectadas según la cantidad y la clasificación de las drogas de las que estaban en posesión, así como sobre cualquier prueba de intento de suministro a terceros. Con el tiempo, los gobiernos se han ido dando 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 centrar las medidas de represión en las personas que están provocando más daños.

Con tal fin, resulta útil tener en cuenta cuatro grandes tipos de personas que infringen las leyes de drogas y desarrollar distintos mecanismos para canalizar sus casos a través del sistema jurídico de la forma más eficaz:

- **Consumidores ocasionales o con fines recreativos** Podrían definirse como personas arrestadas en posesión de pequeñas cantidades de drogas, donde no hay pruebas de dependencia de estas sustancias (por ejemplo, condenas repetidas por posesión, otros delitos relacionados o un historial clínico) ni de una conducta penal relacionada. Las evidencias demuestran que el castigo severo de este grupo no es

58 Hughes, C. & Stevens, A., *Beckley Briefing Paper 14 – The effects of decriminalization of drug use in Portugal* (Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://idpc.net/sites/default/files/library/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf

Resulta útil tener en cuenta cuatro grandes tipos de personas que infringen las leyes sobre drogas y desarrollar distintos mecanismos para canalizar sus casos a través del sistema jurídico de la forma más eficaz:

- consumidores ocasionales o con fines recreativos
- consumidores dependientes de drogas
- traficantes sociales o a pequeña escala
- traficantes serios u organizados

eficaz para reducir la prevalencia mediante la disuasión.⁵⁹ Las leyes de drogas, por lo tanto, se deben estructurar de modo que este grupo reciba poca prioridad y absorba una mínima cantidad de recursos del sistema judicial penal. Algunos países han alcanzado este objetivo descriminalizando formalmente la posesión de drogas o transmitiendo directrices a las autoridades policiales para que concedan menos prioridad a este grupo. Otros, han adoptado procedimientos tan sencillos como la emisión de multas en el acto o sistemas de amonestación informal. Al elaborar estos sistemas, los gobiernos

deben también minimizar las posibilidades de que se genere una corrupción policial de bajo nivel.

- **Consumidores dependientes de drogas** Podrían definirse como personas 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 a otras personas, y a las que se les puede ayudar con programas de tratamiento. Es frecuente que se les arreste por posesión de drogas y por otros delitos, como delitos contra la propiedad, prostitución o tráfico a pequeña escala. Los gobiernos deben crear mecanismos en sus leyes de drogas para canalizar a este grupo hacia programas de tratamiento. Muchos países han encontrado que identificar, asesorar y dirigir a este grupo hacia programas de tratamiento reporta unos ahorros importantes, ya que los problemas de delincuencia y salud asociados con el consumo de drogas se redujeron con el proceso de tratamiento.⁶⁰ Sin embargo, los centros de tratamiento obligatorio no funcionan a la hora de abordar la dependencia de las drogas y limitar los daños relacionados con ellas. También han desembocado en numerosas violaciones de los derechos humanos, como malos tratos, torturas y trabajos forzados, por lo que esta forma de tratamiento no se debería contemplar en ningún caso (para más información sobre las consecuencias negativas de los centros de tratamiento obligatorio, véase el apartado 3.2 sobre tratamiento para la dependencia de drogas).

59 Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The Incarceration of Drug Offenders, An Overview* (The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BF_Report_16.pdf

60 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., Steward, 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>; Ball, J.C. & Ross, A. (1991), *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome*. (New York: Springer-Verlag); National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction (1998), 'Effective medical treatment of opiate addiction'. *JAMA* **280**:1936-1943, <http://consensus.nih.gov/1997/1998TreatOpiateAddiction108html.htm>; Gossop, M. (2005), *Drug misuse treatment and reductions in crime: findings from the National Treatment Outcome Research Study* (National Treatment Agency for Substance Misuse). http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_drug_treatment_crime_reduction_ntors_findings_2005_rb8.pdf

La derivación hacia tratamiento se puede incorporar fácilmente en las leyes nacionales sobre drogas. Sin embargo, estas intervenciones deben respetar sus debidos procesos y se deben establecer mecanismos de supervisión apropiados para canalizar a las personas hacia los servicios adecuados. Muchas de estas intervenciones se han puesto en marcha con buenos resultados mediante modelos de tribunales específicos para casos de drogas, servicios de derivación terapéutica y descriminalización. Cuando se envía a la prisión a los consumidores dependientes de drogas por un delito penal, se les deberían proporcionar los servicios de tratamiento adecuados (véase el apartado 3.2 sobre tratamiento para la dependencia de drogas).

- **Traficantes ‘sociales’ o a pequeña escala** En muchos países, la mayoría de las personas arrestadas y sancionadas por delitos de tráfico son aquellas que se encuentran en el último escalafón del mercado de las drogas. Esto se explica porque sus actividades son más visibles para las autoridades encargadas de la aplicación de la ley. La mayoría de leyes definen los delitos de tráfico según la cantidad de drogas en posesión y las pruebas de intención de suministro a terceros. Algunos de estos grupos son meros proveedores sociales, que trafican a cambio de un pequeño beneficio. Otros son ‘mulas’ o ‘correos’, que participan en el tráfico por intimidación o por desesperación. 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 son arrestados y apartados de la circulación, son fácilmente sustituibles, por lo que esta política tiene un impacto limitado sobre el mercado. En segundo lugar, estos traficantes a pequeña escala suelen estar bajo el poder de aquellos que realmente controlan el mercado de las drogas. Los mecanismos de las leyes de drogas que se basan únicamente en la cantidad de la tenencia y las pruebas de suministro a terceros tienden a traducirse en arrestos generalizados y en penas excesivamente duras. 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 tener en cuenta las circunstancias en las que se comete el delito en cuestión.
- **Traficantes serios u organizados** Este grupo comprende a las bandas delictivas organizadas y violentas que controlan los mercados de las drogas a gran escala y son responsables de la mayor parte del daño a la comunidad que respeta la ley. Las personas más poderosas en estos grupos suelen ser las más difíciles de detener, pero deberían de 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 distinguir entre los niveles de gravedad de los distintos tipos de tráfico y las penas aplicadas. Entre ellos, estarían la posesión de armas, el empleo de la violencia, indicios de participación en delincuencia organizada, tráfico en lugares públicos o la participación de menores, así como las medidas de la escala y el valor de las drogas. Unas leyes de drogas cuidadosamente diseñadas y aplicadas pueden influir verdaderamente 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.

Apoyo a programas sanitarios y sociales

Las leyes sobre drogas deben encontrar el justo equilibrio entre responder a los mercados ilegales y facilitar la prestación de programas sanitarios y sociales destinados a consumidores dependientes de drogas. Ha habido muchos casos en que determinados aspectos de las leyes de drogas o su aplicación han impedido la prestación de servicios de sanidad pública (como, por ejemplo, medidas para evitar la propagación del VIH) o de programas de reinserción social (tales como tratamientos para la dependencia de drogas).⁶¹

El temor que causan las duras penas y los arrestos generalizados impele el consumo de drogas hacia la clandestinidad, estigmatiza a los consumidores y promueve la asunción de riesgos. Se deberían evitar también determinados escollos jurídicos:

- Leyes que establecen una prohibición general sobre la posesión o la distribución de 'accesorios' para el consumo de drogas: estas disposiciones pueden criminalizar el reparto de productos como agujas o filtros limpios, que reducen los riesgos asociados a determinados tipos de consumo de drogas y son fundamentales para las estrategias de prevención del VIH y la hepatitis.
- Leyes que socavan los servicios de reducción de daños mediante cláusulas de 'incitación' o 'facilitación del consumo de drogas': estas disposiciones minan las iniciativas de reducción de daños y estigmatizan a los consumidores de drogas.
- Leyes que eliminan la flexibilidad en la imposición de condenas y obligan a los tribunales a encarcelar a todos los autores de delitos, independientemente de las circunstancias de cada caso individual: estas disposiciones suelen socavar la derivación de los autores de los delitos hacia los correspondientes programas de tratamiento de la dependencia de drogas y también pueden (como en el caso de las penas mínimas obligatorias) conducir a condenas penitenciarias desproporcionadamente largas por delitos relativamente menores.
- Leyes que dificultan un legítimo acceso a medicamentos fiscalizados con fines terapéuticos o científicos: aunque las convenciones de la ONU hacen hincapié en la necesidad de garantizar la disponibilidad de fármacos para usos legítimos, muchas leyes y normativas nacionales impiden u obstaculizan este acceso. En lo que se refiere a la investigación científica, el proceso de estudio de los posibles beneficios médicos de sustancias como el cannabis y el éxtasis se ha visto gravemente socavado por las limitaciones de los controles sobre las drogas. Igualmente, las estrictas normativas que rigen sobre la metadona y la buprenorfina, y el acceso a cuidados y tratamientos paliativos

Las leyes sobre drogas deben encontrar el justo equilibrio entre responder a los mercados ilegales y facilitar la prestación de programas sanitarios y sociales destinados a consumidores de drogas.

61 World Health Organisation (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: WPRO), http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf; 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), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf

(por ejemplo, la morfina), han contribuido a crear una situación en que el 80 por ciento de las personas que necesitan estos fármacos fundamentales carecen de acceso a ellos.⁶² Algunos gobiernos han entendido el problema y ahora están adoptando leyes que contemplan el uso médico legal de ciertas drogas ilícitas. Por ejemplo, en el caso de la marihuana con fines terapéuticos, gobiernos como el canadiense han modificado la legislación para autorizar la posesión y la distribución de esta sustancia mediante una ley para el control nacional de medicamentos. En otros lugares (especialmente en varios estados de los Estados Unidos), la ley concede inmunidad a los consumidores de cannabis que disponen de una exención emitida por un profesional médico titulado.

Recomendaciones

- 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.
- Los gobiernos y los organismos internacionales deberían efectuar evaluaciones del impacto sobre los derechos humanos de las actuales leyes de drogas y su aplicación como parte de este proceso.
- 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 (traficantes a gran escala y no consumidores de drogas, pequeños traficantes y correos) y fijar sus objetivos en consecuencia.
- Las leyes sobre drogas, ya sean nuevas o revisadas, deben dejar claro el conjunto de sustancias que cubren. Deberían proporcionar un enfoque estructurado y científico a la gravedad relativa con que se tratan las distintas sustancias, así como establecer un proceso sencillo para añadir, modificar o eliminar sustancias concretas.
- Las leyes sobre drogas, ya sean nuevas o revisadas, deberían incluir disposiciones que establezcan una clara distinción entre los distintos actores que operan en el mercado y que faciliten la adopción de respuestas adecuadas para cada uno de ellos. También se deberían diseñar alternativas al encarcelamiento, como multas o derivación a servicios de tratamiento y cuidados, destinadas a pequeños traficantes y a consumidores dependientes de drogas.
- Las leyes sobre drogas, ya sean nuevas o revisadas, se deben elaborar cuidadosamente para apoyar –no para socavar– los programas sanitarios y sociales. No deberían obstaculizar las intervenciones de reducción de daños y deberían sancionar oficialmente el uso de sustancias opioides para tratamientos de sustitución.

62 World Health Organisation, Access to Controlled Medications Programme (2008), *Improving access to medications controlled under international drug conventions*, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_bnote_english.pdf

Recursos clave

Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The Incarceration of Drug Offenders, An Overview*, (The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BF_Report_16.pdf

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>

EMCDDA (2003), *The role of the quantity in the prosecution of drug offences: an ELDD comparative study* (Lisbon: European Legal Database on Drugs), http://eldd.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*. (A Council of Australian Governments Review), www.tga.gov.au/docs/pdf/rdpfina.pdf

Greenwald, G. (2009) *Drug Decriminalisation in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies*, (Washington D.C.: The CATO institute), http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf

House of Commons Science and Technology Committee (2006), *Drug classification: making a hash of it?* Fifth Report of Session 2005–06, <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf>

Nutt, D., King, L., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007), 'Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse'. *The Lancet* 369:1047–1053, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607604644/abstract>

Pain & Policy Studies Group (2009), *Do International Model Drug Control Laws Provide for Drug Availability?* (World Health Organisation 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), http://www.painpolicy.wisc.edu/internat/model_law_eval.pdf

Release (2009), *Response to the Sentencing Advisory Panel's Consultation Paper on Sentencing for Drug Offences*, <http://www.release.org.uk/images/stories/pdf/SGC%20submission.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., et al. (2008), *The Global Cannabis Commission Report – Cannabis: Moving Beyond Stalemate* (Oxford: The Beckley Foundation), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/BF_Cannabis_Commission_Rpt2008_EN.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, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip40e/>

2.2 Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas

EN ESTE APARTADO

¿Por qué es importante?

- Problemas con las estrategias y tácticas actuales
- Un nuevo acento para la aplicación de la ley
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

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

¿Por qué es importante?

Las convenciones de fiscalización de estupefacientes de la ONU y las legislaciones nacionales de todo el mundo se basan en la idea de que la estricta aplicación de las leyes que prohíben la producción, la distribución y el consumo de drogas acabarán conduciendo a la desaparición de la oferta y la demanda y, por lo tanto, a la erradicación del mercado ilegal. Las fuerzas policiales locales y nacionales, los organismos especializados en la aplicación de la ley y –en algunos países– incluso el ejército han desempeñado, por tanto, un papel destacado en la aplicación de las políticas de drogas. Hasta la fecha, las actividades de represión contra la oferta y la demanda de drogas han consistido fundamentalmente en:

- controles sobre la producción, como la erradicación y una dura aplicación de la ley dirigida a productores y cultivadores
- interceptación de actividades de contrabando de drogas
- investigación y encarcelamiento de personas acusadas de tráfico a gran escala
- arresto y condena de personas que participan en los mercados de drogas a pequeña escala
- arresto y condena de personas acusadas de tenencia o consumo de drogas ilícitas.⁶³

63 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998-2007 (European Communities)*, http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc/report_short_10_03_09_en.pdf

Las estrategias que se basan en medidas de aplicación de la ley y las condenas no han conseguido reducir las dimensiones generales de los mercados de drogas ilícitas.

Las acciones contra productores y traficantes se han centrado en impedir físicamente el suministro de drogas a los consumidores; las acciones contra los consumidores han buscado disuadir a usuarios potenciales mediante la amenaza de arresto.

Ya es hora de reconocer que las estrategias que se basan en medidas de represión y duras penas contra cultivadores, traficantes y consumidores no han conseguido reducir las dimensiones generales de los mercados de drogas ilícitas y que muchas de las actividades que acompañan a estas estrategias han tenido graves consecuencias negativas. Para limitar el impacto de las drogas sobre la salud y el bienestar social de las comunidades, lo que se necesita es modificar el acento de las estrategias de aplicación de la ley.

Problemas con las estrategias y tácticas actuales

En contextos sociales y normativos de todo el mundo, se ha puesto de manifiesto que las estrategias y políticas tradicionales han sido incapaces de conseguir una reducción significativa y sostenida en las dimensiones generales de los mercados de drogas. A escala mundial, las campañas y los compromisos de la ONU 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'. Las actividades ilegales que se suprimen 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.

Además, muchas estrategias y tácticas nacionales en sí han tenido consecuencias negativas y, en ocasiones, pueden incluso resultar contraproducentes. La ONUDD alude a estos dilemas como 'consecuencias imprevistas' (*unintended consequences*), entre las que cabría mencionar:

- La creación de un **enorme y lucrativo mercado negro** que es explotado por la delincuencia organizada y que multiplica notablemente el poder y el alcance de ésta. Las acciones de represión contra estos mercados pueden generar las condiciones que favorecen a los delincuentes más violentos e implacables.
- El **'efecto globo'** Los analistas han observado que una operación contra una determinada red de tráfico que se salda con éxito puede conducir a un auge de

El 'efecto globo': una acción exitosa contra un aspecto concreto del mercado de drogas –por ejemplo, una zona de cultivo o un punto de tráfico local– simplemente desplaza la actividad a otra área, donde puede que las consecuencias sean más nocivas.

la violencia, ya que otros grupos dedicados al tráfico luchan por hacerse con el 'vacío' dejado.

- **Desplazamiento de las políticas** Se trata del coste de oportunidad de emplear unos recursos finitos en estrategias y tácticas ineficaces. En consecuencia, quedan menos recursos disponibles para acciones más eficaces.
- **Marginación de los consumidores de drogas** Las acciones represivas contra los consumidores de drogas y la condena social de su conducta suelen ser contraproducentes, ya que dificultan su reinserción en la sociedad. Criminalizar, arrestar y encarcelar a los consumidores de drogas no los disuade de dicho consumo. En cambio, sí acaba con lazos positivos con la familia y la comunidad, y socava su acceso a servicios sanitarios, empleo y educación. Las minorías se ven especialmente afectadas, ya que suelen ser el principal objetivo de las intervenciones de aplicación de la ley. En los Estados Unidos, por ejemplo, la mayoría de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas son de origen afroamericano o hispano. Su criminalización genera además una mayor estigmatización y discriminación contra estos grupos minoritarios.⁶⁴

Todos estos dilemas estratégicos no significan que los organismos encargados de hacer cumplir la ley deban abandonar sus intentos de controlar los mercados de las drogas, sino que los encargados de adoptar las políticas correspondientes deben pensar y planificar sus acciones de otra forma.

Un nuevo acento para la aplicación de la ley

Una de las claves de esta cuestión es la necesidad de replantear los objetivos y las prioridades adecuados 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 servir y proteger la salud y el bienestar de los ciudadanos. Los encargados de la adopción de políticas y los responsables de administrar la aplicación de la ley han dado tradicionalmente por supuesto que la mejor forma de proteger a los ciudadanos de los daños relacionados con las drogas era centrarse en la batalla para erradicar los mercados de drogas ilegales y los problemas sociales, sanitarios y de delincuencia asociados a ellos. Por lo tanto, los objetivos operativos han tendido a medir el éxito en términos de avances hacia el objetivo de la erradicación. Entre ellos, estarían, por ejemplo, las hectáreas de cultivos destruidos, la cantidad de drogas o precursores decomisados y el número de centros de producción desmantelados, las operaciones de tráfico truncadas y los consumidores de drogas o pequeños traficantes arrestados.

Los organismos de aplicación de la ley tienen el deber de servir y proteger la salud y el bienestar de los ciudadanos.

64 Kleykamp, M., Rosenfield, J. & Scotti, R. (2008), 'Wasting Money, Wasting Lives: Calculating the hidden costs of incarceration in New Jersey' (Drug Policy Alliance), http://www.scribd.com/full/14196183?access_key=key-6eya66qholley5hy0

Los objetivos de la aplicación de la ley se deberían centrar más en las consecuencias del mercado de las drogas que en las dimensiones de éste.

Lamentablemente, ninguno de estos indicadores ha demostrado ser un factor que ofrezca una orientación fiable sobre la posible reducción de las dimensiones globales del problema de las drogas. 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 un descenso de la producción de drogas global. Igualmente, no existe una correlación entre el número de consumidores de drogas arrestados en un determinado país y las tendencias en la prevalencia del consumo de drogas.⁶⁵

Las estrategias deberían centrarse en reducir las operaciones de aquellos grupos y personas cuyas acciones son más perjudiciales para la sociedad.

Ya no es posible basarse en el supuesto de que las tácticas centradas en decomisos, arrestos y condenas solucionarán el problema de las drogas. En lugar de ello, se deberían destinar más recursos y atención a limitar los daños de salud y delincuencia asociados. Los objetivos de aplicación de la ley se deberían centrar más en las consecuencias –ya sean positivas o negativas– del mercado de las drogas que en las dimensiones de éste. Por ejemplo:

- **Los objetivos relacionados con el mercado se deberían centrar más en indicadores de resultados** ¿Han limitado las operaciones de aplicación de la ley la oferta de una determinada droga entre los jóvenes (medido con indicadores de nivel de consumo o 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 los consumidores de drogas?
- **Se debería dar mayor importancia a los objetivos que miden la delincuencia relacionada con las 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 consumidores dependientes de drogas?
- **Se deberían incorporar objetivos que midan la contribución de las actividades de aplicación de la ley a programas sanitarios y sociales** ¿A cuántos consumidores 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

65 Lenton, S. et al. (2005), *An Evaluation of the Impact of Changes to Cannabis Law in Western Australia: Summary of the Year 1 Findings*. Monograph Series No. 12. (Australia: NDLERF & NDRI), http://www.ndlerf.gov.au/pub/Cannabis_WA.pdf

el nivel de muertes por sobredosis? ¿Ha disminuido el nivel de contagios de VIH y hepatitis entre los consumidores dependientes de drogas?

- **Se deberían incluir objetivos relacionados con el consumo y la dependencia de drogas** ¿Cómo han influido las actividades de aplicación de la ley en el entorno socio-económico de las comunidades? ¿Han cambiado los patrones de consumo y dependencia de drogas a raíz de las acciones de represión?

Estos indicadores son mucho más útiles para calibrar la contribución de la aplicación de la ley a los objetivos generales de las políticas de drogas y, además, proporcionan una base más realista para su consecución. El hecho de que las estrategias y las actividades se guíen por otra serie de objetivos no significa que la ley deje de aplicarse sobre los mercados de drogas, sino la adopción de una forma distinta de analizar las opciones y tácticas. A continuación, se ofrecen algunos ejemplos de cómo un enfoque distinto puede abarcar diversas actividades de los organismos encargados de la aplicación de la ley:

Reorientación de la lucha contra los grupos de la delincuencia organizada La aplicación de la ley nunca podrá erradicar por completo los mercados de drogas ilegales (las largas y costosas operaciones para desmantelar 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 y personas 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 y centrarse 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 públicos⁶⁶ o estén dominados por redes no violentas y con relaciones amistosas entre sí. Ya se han adoptado metodologías policiales basadas en el análisis de la información en países como el Reino Unido, Irlanda del Norte, Canadá, Nueva Zelanda y Australia,⁶⁷ aunque últimamente han surgido algunas críticas por parte de los defensores de la reducción de daños sobre el impacto de esta estrategia en la salud y los derechos humanos de los consumidores de drogas.⁶⁸

Replanteamiento de los problemas asociados con los mercados al por menor

Los mercados de drogas al por menor pueden operar de muchas maneras: 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

66 Los mercados al por menor cerrados 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.

67 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

68 Lister, S., Seddon, T., Wincup, E., Barrett, S. & Traynor, P. (2008), *Street policing of problem drug users* (York: Joseph Rowntree Foundation) <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2170-policing-drugs-crime.pdf>

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.

mercados al por menor tienen también impactos muy diversos en los niveles de daño causados a la comunidad mediante su visibilidad, violencia o intimidación. Las iniciativas de aplicación de la ley que se basan indistintamente en cualquier aspecto visible del mercado pueden provocar en éstos cambios que, de hecho, aumentan los daños para la comunidad. El ejemplo más habitual se da cuando una operación contra un grupo 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

un grupo más violento. Siguiendo la misma línea, una 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 y atañen a grupos y personas que están dispuestos a recurrir a la violencia, la intimidación y la corrupción para proteger su negocio. Por tanto, las estrategias de aplicación de la ley contra los mercados al por menor se deben basar en datos e información de calidad sobre el mercado local e intentar influir en su conformación con el objetivo de minimizar los consecuentes daños.

El conocido como 'Milagro de Boston' ilustra muy bien este enfoque. 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 las 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 confesional, que empezó a organizar foros en que reunían a miembros de las bandas implicados en delitos, 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 perseguía 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 de jóvenes.⁶⁹

Reducción de 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 concretos, sí pueden influir en el mercado al por menor de forma que se

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

minimice el riesgo de que los jóvenes que son potenciales consumidores de drogas 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. También pueden considerar que el suministro de drogas a niños o la participación de menores en el tráfico son un factor agravante en las condenas. Este enfoque se adoptó en el 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.

Hay que influir en el mercado de drogas al por menor de forma que se minimice el riesgo de que los jóvenes entren en contacto con él.

Reducción de los delitos menores cometidos por consumidores dependientes de drogas

La forma más habitual de delincuencia relacionada con las drogas son el hurto, la estafa, la prostitución y el robo cometidos por consumidores dependientes de drogas, con el fin de costearse el consumo.⁷⁰ Muchos países han encontrado que los consumidores dependientes de drogas representan un porcentaje notable de los índices generales de autoría de determinados delitos menores. Aquellos países que han puesto en marcha iniciativas para identificar a los delincuentes más activos y derivarlos a programas de tratamiento de dependencias de drogas han llegado a la conclusión de que se trata de un mecanismo rentable para reducir los índices de delincuencia individual.⁷¹ 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 de derivación a tratamiento en centros de arresto, 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 los consumidores dependientes de un estilo de vida que gira en torno a la pequeña delincuencia y la toxicomanía. 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 tratamiento en lugar de ceñirse únicamente al proceso, mucho más caro, de arrestarlas y encarcelarlas. Este proceso de identificación y derivación tiene muchos modelos distintos

Identificar a los delincuentes más activos y derivarlos a tratamientos de dependencias de drogas ha resultado un mecanismo rentable para reducir los índices de delincuencia individual.

70 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>

71 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 el mundo, pero puede que el país que ha ido más lejos en la integración de este principio a su política nacional de drogas sea Portugal. Todas las personas arrestadas por tenencia de drogas son canalizadas por la policía hacia comisiones multidisciplinarias, que se encargan posteriormente de derivarlos hacia los servicios de tratamiento adecuados (véase el apartado 2.1 sobre la reforma de las leyes de drogas). Varios estudios sobre los efectos de la ley de drogas portuguesa de 2001 demuestran que ésta ya ha tenido un impacto positivo con respecto a la reincidencia⁷² y la reinserción social de los consumidores dependientes de drogas.⁷³

Apoyo a los programas sanitarios y sociales Los consumidores de drogas problemáticos suelen vivir al margen de la sociedad. La pobreza y la alienación suelen ser factores favorables al desarrollo de una dependencia de las drogas (las condiciones de vida difíciles y los traumas emocionales pueden incrementar aún más la vulnerabilidad), y, a su

Los organismos de aplicación de la ley se deberían convertir en colaboradores clave del diseño y la aplicación de estrategias para mejorar la salud pública.

vez, la dependencia de las drogas empeora estos problemas. Muchos programas y políticas exacerban la exclusión social, ya que arrestar y castigar a los consumidores dependientes de drogas o negarles el acceso al mundo laboral o educativo puede dificultar que se rehabiliten o se reintegren en la sociedad. En estas condiciones, el consumo de drogas suele conllevar unos importantes riesgos para la salud, tales como la sobredosis o el contagio de infecciones de transmisión sanguínea como la hepatitis o el VIH/SIDA. De hecho, la pandemia mundial de VIH se debe en muchos países a que los consumidores comparten jeringuillas infectadas para inyectarse drogas y las autoridades de la sanidad pública están inmersas

en una lucha global para intensificar las medidas preventivas dirigidas a los consumidores de drogas. Muchas de estas medidas –como la distribución de agujas esterilizadas– se aplican mientras los consumidores mantienen el hábito, y su objetivo es mantenerlos con vida y con salud, y animarlos a estudiar posibles tratamientos. Muchos organismos de aplicación de la ley se han mostrado reacios a respaldar estas iniciativas, ya que consideran que consienten o perpetúan el consumo de drogas. Esta falta de claro apoyo y colaboración resulta decepcionante. Las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley deberían respaldar la derivación de consumidores dependientes de 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. Los profesionales de la policía y los tribunales, en concreto, suelen estar en constante contacto con grupos de alto riesgo y pueden desempeñar un papel fundamental para proporcionar asesoramiento e información, facilitar agujas y otros equipamientos que garanticen un consumo más seguro y facilitar respuestas rápidas a las sobredosis.

Allí donde los organismos policiales y sanitarios han trabajado conjuntamente para

72 La reincidencia puede definirse como la vuelta de una persona a una conducta delictiva, después de haber sido condenada por un delito anterior.

73 Hughes, C. & Stevens, A. (2007), *Beckley Briefing Paper 14 – The effects of decriminalization of drug use in Portugal* (Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://idpc.net/sites/default/files/library/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf.pdf; Greenwald, G. (2009), *Drug decriminalisation in Portugal – Lessons for creating fair and successful drug policies*. (Washington D.C.: CATO Institute), http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf

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. En 1994, el gobierno suizo adoptó una nueva estrategia sobre drogas centrada en la seguridad pública, la salud y la cohesión social, que incluía componentes de prevención, terapia, reducción de daños y aplicación de la ley. Esta nueva política conllevaba, entre otras cosas, la prescripción de opiáceos (especialmente heroína) para tratar la dependencia de las drogas. 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. Finalmente, los niveles de contagio de VIH relacionado con las drogas se redujeron en un 80 por ciento en diez años.⁷⁴

Recomendaciones

- Las estrategias de aplicación de la ley se deberían revisar y reorientar con un cambio de objetivos, dejando de poner todo el acento en el decomiso de drogas y el arresto de consumidores y abrazando un enfoque de colaboración para limitar los problemas sociales y sanitarios.
- Las acciones contra los grupos de la delincuencia organizada se deben basar en información de calidad. Los Estados deben centrar sus recursos en los aspectos más nocivos de las actividades de los grupos delictivos organizados y no exclusivamente en el decomiso de alijos o los arrestos.
- Las estrategias de aplicación de la ley contra los mercados al por menor se deben basar en una 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 consecuentes daños.
- Se deben desarrollar políticas que limiten el potencial de que los jóvenes entren en contacto con los mercados de drogas ilegales. Esto se puede lograr con acciones dirigidas a los mercados de drogas locales para incidir en su conformación y hacerlos menos accesibles a los jóvenes.
- Se necesitan mecanismos que permitan derivar a los servicios correspondientes a los autores de delitos de drogas y que estén basados en pruebas empíricas y sean rentables. Los organismos de aplicación de la ley pueden identificar y derivar a los consumidores dependientes de drogas a dichos servicios.

⁷⁴ 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* (Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Briefing_18.pdf

Recursos clave

European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998-2007* (European Communities), http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc/report_short_10_03_09_en.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007), *Drug use and related problems among very young people (under 15 years old)* (EMCDDA), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44741_EN_TDSI07001ENC.pdf

Lenton, S. *et al.* (2005), *An Evaluation of the Impact of Changes to Cannabis Law in Western Australia: Summary of the Year 1 Findings*. Monograph Series No. 12. (Australia: NDLERF & NDRI), http://www.ndlerf.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?* (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

2.3 Reducción de los encarcelamientos

EN ESTE APARTADO

¿Por qué es importante?

- Problemas asociados con altos índices de encarcelamiento
- Estrategias alternativas al encarcelamiento
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

Reducir los índices de encarcelamiento mediante la descriminalización, la despenalización y/o mecanismos de derivación alternativos es una forma rentable de limitar los daños asociados con la superpoblación de los centros penitenciarios y la sobrecarga del sistema de justicia penal, así como de fomentar la reinserción social de autores de delitos de drogas.

¿Por qué es importante?

En su intento por reducir los mercados de drogas ilícitas, muchos gobiernos recurren al encarcelamiento de los consumidores de drogas. La lógica que explica la necesidad de mantener e incluso endurecer la actividad policial y las sanciones penales contra los consumidores de drogas se halla en la convicción de que una estricta aplicación de la ley y las penas de prisión disuadirán a posibles consumidores y traficantes de participar en el mercado de las drogas. El encarcelamiento, por lo tanto, desempeña un papel importante en las políticas de drogas de la mayoría de países, aunque sus usos concretos varían mucho según el lugar.

Cada vez son más las personas arrestadas por delitos relacionados con drogas que acaban en prisión. El incremento más acusado se ha producido en los Estados Unidos, donde más de la mitad de los reclusos en centros penitenciarios federales se enfrentan a acusaciones por delitos de drogas. El mismo fenómeno se observa, aunque con un incremento menos espectacular, en Europa, Asia, África, Oceanía y las Américas.⁷⁵

El propio sistema de fiscalización de estupefacientes de la ONU es contradictorio en su postura con respecto a las medidas punitivas para los delitos de drogas. En su Informe anual de 2007, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)

Cada vez son más las personas arrestadas por delitos relacionados con drogas que acaban en prisión.

⁷⁵ Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R., (2009), *Beckley Report 16 – The incarceration of drug offenders, an overview* (The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/php-bin/documents/Beckley_Report_16_2_FINAL_EN.pdf

dedicó todo un capítulo a la necesidad de garantizar la proporcionalidad de las penas impuestas a delitos relacionados con drogas. Sin embargo, la recomendación se planteó en un marco jurídico internacional que aún alienta enérgicamente un enfoque penal, especialmente en la Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes, que obliga a los gobiernos a adoptar todas las medidas necesarias para tipificar como delitos penales en su derecho interno cualquier actividad relacionada con las drogas (artículo 3). A medida que los gobiernos han ido introduciendo leyes y penas cada vez más duras para cumplir con 'la letra y el espíritu' de las convenciones, han ido surgiendo preguntas sobre si el encarcelamiento generalizado de consumidores de drogas ha resultado un mecanismo caro, ineficaz y ha exacerbado problemas sociales y sanitarios, sin conseguir impedir o disuadir el consumo de drogas. Esto sucede a pesar de la considerable flexibilidad de las disposiciones de los tratados, incluida la Convención de 1988, que –al igual que sus predecesoras– permite que se empleen medidas sociales y sanitarias además de o en lugar de medidas penales por delitos de tenencia de drogas.

Problemas asociados con altos índices de encarcelamiento

Las pruebas demuestran que los duros enfoques de aplicación de la ley que se centran en altos índices de encarcelamiento para los autores de delitos de drogas se han traducido en consecuencias negativas, no sólo para los propios autores de los delitos, sino también para las estructuras institucionales del Estado.

Costes financieros Según los cálculos del economista de Harvard Jeffrey Miron, en 2006, los Estados Unidos gastaron 12.300 millones de dólares en mantener recluidos en las cárceles estatales y federales a personas que habían infringido la legislación de drogas. A principios de los años noventa, se calculó que el coste anual de una plaza penitenciaria superaba incluso el coste de las clases, la comida y el alojamiento en Harvard. Este elevado gasto no es exclusivo de los Estados Unidos. En Canadá, el gasto de los servicios de custodia en el período 2005–2006 alcanzó casi los 3.000 millones de dólares. El Reino Unido gastó en el ámbito de la ley y el orden, proporcionalmente, más que cualquier otro Estado de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), incluidos los Estados Unidos.

Sobrecarga del sistema de justicia penal El uso de penas mínimas obligatorias y de prisión preventiva, y el consiguiente aumento de encarcelamientos de autores de delitos no violentos, puede dañar la reputación y el buen funcionamiento del sistema judicial penal de un país. Las directrices 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 idea de proporcionalidad y justicia de la ley. 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 la aplicación de la ley disminuye el consumo de drogas al reducir directamente la demanda. Esta afirmación se basa en el presupuesto de que, si los consumidores de drogas están encarcelados, no están fomentando el mercado de las drogas ilícitas y de que el efecto disuasorio de duras penas rebajará los niveles generales de consumo. En la práctica, sin embargo, es difícil hallar una correspondencia entre el encarcelamiento de los consumidores de drogas y una reducción de los mercados de drogas ilícitas. En los Estados Unidos, por ejemplo, los estados con mayores índices de encarcelamientos relacionados con drogas han experimentado una mayor tasa –no menor– de consumo de drogas. Un estudio realizado en 2004 que comparaba el consumo de marihuana en Amsterdam y en San Francisco demostró también que los riesgos relativos no influyen en los niveles de consumo de estas sustancias. A pesar de que ambas ciudades cuentan con regímenes de aplicación de la ley notablemente distintos –Amsterdam ha legalizado el consumo de marihuana y San Francisco ha centrado sus esfuerzos en un duro enfoque represivo–, los investigadores encontraron similitudes destacables en los patrones de consumo de drogas.⁷⁶ Así, aunque puede que la amenaza de la prisión disuada a ciertos grupos, las investigaciones sugieren que las penas suelen tener un impacto limitado sobre todos los tipos de consumo de drogas ilícitas, especialmente entre los consumidores dependientes.

El argumento que vincula unos altos índices de encarcelamiento con la reducción del consumo de drogas también ignora la existencia de importantes mercados de drogas en muchas prisiones de todo el mundo. Según el informe anual de 2003 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, entre un 12 y un 60 por ciento de los presos en cárceles europeas había consumido drogas dentro de las prisiones⁷⁷ y, según un estudio efectuado en Alemania en 2006, el 75 por ciento de los consumidores de drogas por vía parenteral que estaban encarcelados seguían inyectándose en prisión.⁷⁸

Otros gobiernos han justificado sus políticas de encarcelamiento citando el efecto positivo de la prisión 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 se ofrece a los reclusos dependientes de las drogas un tratamiento adecuado, puede tener, efectivamente, un impacto sobre su consumo y en los índices de reincidencia tras su liberación. Sin embargo, los tratamientos para la dependencia de drogas en los centros penitenciarios siempre se deberían considerar como una última opción. Las pruebas demuestran que se pueden conseguir mejores resultados

76 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>

77 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, (2003). *Informe anual 2003. 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/attachements.cfm/att_37258_ES_ar2003eu_es.pdf

78 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?sessionId=16924D20C547071C9D74A6CDC1FC504A.tomcat1?fromPage=online&aid=449884>

mediante tratamientos arraigados en la comunidad. Según datos del programa de tratamiento de dependencias de drogas como alternativa a la prisión de Nueva York, por ejemplo, sólo el 26 por ciento de los delincuentes derivados a tratamiento volvieron a ser condenados, frente a un 47 por ciento de delincuentes afines que habían sido enviados a prisión.⁷⁹

Consecuencias socio-económicas Es probable que el desvío de fondos a las prisiones tenga un impacto negativo en muchos otros ámbitos del gasto público. Puede incluso que ayude a crear las mismas condiciones sociales que llevan a algunas personas a consumir drogas ilícitas. Estas condiciones sociales se concentran especialmente entre grupos demográficos que ya se encuentran, en gran medida, en una posición de desventaja social y económica, como las minorías. Los encarcelamientos generalizados también influyen negativamente en los controles sociales informales que funcionan en las comunidades afectadas. Según investigaciones en los Estados Unidos que han analizado la correlación entre los índices de delincuencia comunitaria y los índices de encarcelamiento, la delincuencia tiende a descender con ligeros incrementos de los índices de encarcelamiento debido a que los autores de delitos salen de la comunidad. Lo más destacable, sin embargo, es que esas mismas investigaciones apuntan a que cuando el índice de encarcelamiento alcanza niveles 'masivos', el sistema de justicia penal comienza a debilitar los procesos sistemáticos de control social informal en el seno de estas comunidades afroamericanas.⁸⁰

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. Los reclusos presentan mayores niveles de consumo de drogas, sobre todo por vía parenteral, que la población general. El riesgo de exposición a esta práctica se ve muy incrementado con el encarcelamiento y, con ello, aumenta también el riesgo de contagio de VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea. 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 equipamiento para la inyección de drogas, convierte a los centros penitenciarios en un entorno de alto riesgo para la transmisión del VIH. En última instancia, esto alimenta la epidemia del VIH entre las comunidades a las que vuelven los reclusos contagiados una vez salen de prisión (véase el apartado 2.4 sobre las políticas de drogas en centros penitenciarios).⁸¹

79 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, Columbia University), http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/1a/ce/67.pdf

80 Western, B. & Wildeman, C. (2009), 'The Black family and mass incarceration', *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Sage Online, <http://ann.sagepub.com/cgi/reprint/621/1/221>

81 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.

El encarcelamiento generalizado también influye en muchas otras condiciones sanitarias, como problemas de salud mental sin diagnosticar, afecciones crónicas como diabetes e hipertensión, y una mala salud bucal. 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 y no aliviados durante su paso por prisión.

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. Es necesario cambiar el acento para plantear el consumo de drogas como un problema de salud, no de delincuencia, y para dar prioridad al tratamiento, no al castigo, de los consumidores dependientes de drogas. Este enfoque entraña reducir el encarcelamiento y desarrollar mecanismos alternativos para los consumidores de drogas arrestados.

Revisión de las leyes penales Se necesita un cambio de acento radical para aplicar las penas por delitos de drogas. Las leyes nacionales sobre drogas se deberían reformar de manera que se dé prioridad a la gravedad del delito y al impacto de la pena sobre el mercado general de drogas ilegales. Además, se debería evitar la prisión preventiva y las penas mínimas obligatorias en los casos de delincuentes menores que no representan un peligro para la sociedad, con el objetivo de reducir la superpoblación penitenciaria. Se ofrecen recomendaciones más detalladas para responsables de políticas en el apartado 2.1, dedicado a la reforma de las leyes de drogas.

Despenalización y descriminalización Durante la última década, países como Portugal, México, Argentina y la República Checa han adoptado la descriminalización del consumo de drogas como estrategia para luchar contra la delincuencia relacionada con éstas y las consecuencias negativas de una crisis penitenciaria. La descriminalización se suele aplicar a delitos relacionados con el consumo de drogas y supone imponer sanciones civiles (administrativas, por ejemplo) o eliminarlas por completo, en lugar de procesar esos delitos menores de drogas a través del sistema judicial penal. Hasta la fecha, estas estrategias parecen haber sido eficaces para reducir la carga que experimentan los sistemas de justicia penal y las prisiones, y no han derivado en un aumento del consumo de drogas (para más información sobre la descriminalización y ejemplos de buenas prácticas en este sentido, véase el apartado 2.1 sobre la reforma de las leyes de drogas).

Varios países están adoptando la despenalización o la descriminalización del consumo de drogas.

Otros países han optado por la despenalización, un proceso mediante el que se limita el nivel de las sanciones asociadas a los delitos de drogas, de forma que se recurra con menor asiduidad a las penas carcelarias. Así ha sucedido, por ejemplo, en el Reino Unido con los casos relacionados con tenencia de cannabis (para más información, véase el apartado 2.1 sobre la reforma de las leyes de drogas).

Derivación en el momento del arresto Los mecanismos de derivación en el momento del arresto están concebidos para minimizar el uso de los canales tradicionales de la justicia penal y evitar sobrecargar los tribunales penales con casos de delitos menores. Se han desarrollado diversos sistemas alternativos para evitar la sobrecarga de la justicia penal, pero también para proporcionar los servicios adecuados a consumidores dependientes de drogas.

La ley portuguesa de 2001 sobre descriminalización (véase el apartado 2.1 sobre la reforma de las leyes de drogas) introdujo un sistema de derivación a las llamadas Comisiones para la Disuasión de la Toxicodependencia. 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 trabajadores sociales, asesores jurídicos y profesionales médicos, y que cuentan con

La derivación en el momento del arresto busca minimizar el uso de los canales tradicionales de la justicia penal y proporcionar servicios de tratamiento y salud a los consumidores de drogas.

el apoyo de un equipo de expertos técnicos. Las comisiones utilizan respuestas selectivas para disuadir a los nuevos consumidores y animan 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 a las personas dependientes. 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 en 2005 hasta un 28 por ciento, con respecto a un pico del 44 por ciento en 1999. Este descenso ha contribuido a la reducción de la superpoblación penitenciaria, que cayó, entre 2001 y 2005, de un índice de 119 a 101,5 reclusos por cada 100 plazas penitenciarias.⁸² Estos datos sugieren que las reformas portuguesas han rebajado parte de la presión a la que estaba sometido el sistema judicial penal.

El sistema de derivación en el momento del arresto en el Reino Unido, aunque no ofrece exactamente una alternativa al encarcelamiento, se basa en un mecanismo por el que las personas arrestadas por delitos de drogas –o por delitos motivados por un consumo problemático de drogas (como el robo)– son derivadas a un centro

82 Aebi, M.F. & Delgrande, M. (2009), *Council of Europe annual penal statistics, Space I, Survey 2007*. (Council of Europe), http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/statistics_space_i/PC-CP_2009_%2001Rapport%20SPACE%20I_2007_090505_final_rev%20.pdf

de tratamiento de drogas. La política se fundamenta en la idea de que el tratamiento limitará o pondrá fin al consumo de drogas ilícitas y, por tanto, a la delincuencia relacionada con ellas. Las derivaciones se canalizan desde las comisarías de policía o desde los tribunales. Las pruebas recopiladas hasta el momento sugieren que estos programas pueden ser eficaces para reducir el consumo de drogas y la delincuencia relacionada con ellas, aunque su impacto a largo plazo sobre los índices de encarcelamiento aún no se ha evaluado.

Derivación en el momento de la condena La superpoblación penitenciaria debida al encarcelamiento sistemático por los delitos de drogas se puede disminuir mediante iniciativas de derivación en los tribunales. Algunos gobiernos han desarrollado estos mecanismos alternativos al encarcelamiento para que los autores de delitos de drogas no violentos y que no representan un peligro para la sociedad puedan pasar a servicios de tratamiento o recibir otro tipo de penas.

El gobierno australiano ha adoptado una política equilibrada entre la aplicación de la ley y los servicios de tratamiento para los autores de delitos de drogas. Así, responde al cultivo y la tenencia de cannabis con sanciones civiles, como multas o sistemas de amonestación en lugar del encarcelamiento. En la mayoría de estados australianos, los agentes de policía han puesto en marcha este sistema de aplicación leve 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. Este enfoque parece haber tenido cierto impacto en los niveles de encarcelamiento, ya que sólo el 10 por ciento de la población penitenciaria fue acusada de delitos de drogas ilícitas en 2005.⁸³

Los Estados Unidos han desarrollado un sistema de tribunales especializados en drogas, mediante el que los jueces supervisan el tratamiento de los consumidores dependientes de drogas arrestados en entornos comunitarios o residenciales como una alternativa al encarcelamiento. Estos tribunales parten de la idea de que proporcionar tratamiento a algunos acusados conducirá a mejores resultados para ellos mismos y las comunidades. A diferencia de los tribunales penales tradicionales, los tribunales de drogas son espacios de colaboración: magistrados, fiscales, trabajadores sociales y abogados defensores trabajan conjuntamente para decidir cuál sería la mejor solución para el acusado y la comunidad. Los tribunales de drogas pueden derivar a los acusados de delitos hacia servicios de tratamiento antes de que se dicte sentencia o bien imponerles penas de prisión y suspenderlas en caso de que cumplan con las exigencias de tratamiento.

A los autores de delitos de drogas no violentos y que no representan un peligro para la sociedad se los deriva a servicios de tratamiento y/o se les imponen sanciones como alternativa al encarcelamiento.

83 Australia Bureau of Statistics (2006), *Prisoners in Australia*, [www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/0D2231601F85888BCA2570D8001B8DDB/\\$File/45170_2005.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/0D2231601F85888BCA2570D8001B8DDB/$File/45170_2005.pdf)

Actualmente, hay unas 55.000 personas que se acogen a programas de tribunales de drogas en todos los Estados Unidos. Las pruebas demuestran que este sistema –y especialmente la derivación hacia tratamiento– ha reducido la reincidencia y ha demostrado ser más rentable que el encarcelamiento (véase el apartado 3.2 sobre tratamiento para la dependencia de drogas). Se calcula, por ejemplo, que el coste anual medio de una plaza penitenciaria en los Estados Unidos es de 23.000 dólares, mientras que el coste anual medio de participación en los tribunales de drogas se sitúa en torno a los 4.300 dólares por persona.⁸⁴

Todas estas iniciativas pueden contribuir a reducir los índices de encarcelamiento de los autores de delitos menores de drogas. Los diversos mecanismos para derivar a estas personas desde los centros de custodia se pueden combinar para rebajar la presión sobre los sistemas de justicia penal y alcanzar mejores resultados sociales y sanitarios.

84 King, R.S. & Pasquarella, J. (2009), *Drug courts, a review of the evidence*. (The Sentencing Project: Research and Advocacy for Reform), http://www.sentencingproject.org/doc/dp_drugcourts.pdf

Recomendaciones

- Las leyes y las sanciones sobre delitos de drogas se deben revisar con el objetivo de establecer una distinción clara entre los distintos actores y su papel en el mercado de las drogas ilícitas. Las intervenciones de aplicación de la ley y las condenas privativas de la libertad se deberían centrar en delincuentes de alto nivel o violentos, y los gobiernos deberían estudiar la posibilidad de introducir regímenes de despenalización o descriminalización para autores de delitos menores o no violentos.
- Se deben elaborar y adoptar mecanismos en el momento del arresto, de forma que los casos de autores de delitos menores de drogas no sobrecarguen y entorpezcan los sistemas de justicia penal.
- Las condenas penitenciarias se deberían reducir o eliminar por completo en el caso de autores de delitos menores de drogas, a los que se les debería derivar hacia formas de intervención más adecuadas. Entre ellas, se puede recurrir a sanciones administrativas para los consumidores recreativos o a servicios de tratamiento para los consumidores dependientes. Todos los procedimientos penales que incrementen la presión sobre la capacidad de los centros penitenciarios, tales como las condenas mínimas obligatorias y los mecanismos de prisión preventiva, se deberían reservar únicamente para los autores de delitos más graves.
- En general, se necesita un cambio de acento, de forma que el consumo de drogas deje de tratarse como un delito y pase a ser un problema sanitario, y pase del castigo al tratamiento para aquellos consumidores dependientes de drogas que no están implicados en delitos graves o violentos.

Recursos clave

Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The incarceration of drug offenders, an overview*. (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*, <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*. (Criminal Policy Research Unit, South Bank University), Report prepared for the Home Office, <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icpr/publications/Arrest%20Referral,%20emerging%20lessons%20from%20research.pdf>

Greenwald, G. (2009), *Drug decriminalisation in Portugal – Lessons for creating fair and successful drug policies*. (Washington D.C.: CATO Institute), http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.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)

2.4 Política eficaz para centros penitenciarios

EN ESTE APARTADO

- ¿Por qué es importante?
- Riesgos sanitarios en prisión
- Gestión de riesgos sanitarios
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

A pesar de todas las iniciativas para la reducción de la oferta, el consumo y la distribución de drogas sigue siendo un problema importante en las cárceles. Las autoridades penitenciarias deben contar con un plan claro para evitar los contagios y las sobredosis, y ofrecer tratamiento a los reclusos con problemas de drogas.

¿Por qué es importante?

En otros apartados de esta guía se arguye que se deberían adoptar reformas de leyes para minimizar el número de autores de delitos de drogas no violentos que son enviados a centros penitenciarios u otro tipo de instituciones privativas de la libertad. Este argumento surge a partir de la constatación de que la encarcelación generalizada de consumidores de drogas ocasionales o dependientes tiene un limitado impacto disuasorio en los niveles de consumo y genera una gran carga para los presupuestos públicos; además, la concentración de estos grupos en espacios de custodia conduce a mayores riesgos sociales y sanitarios.

Sin embargo, en muchos países, los consumidores de drogas representan un porcentaje considerable de la población penitenciaria debido a los factores siguientes:⁸⁵

- leyes de drogas y estrategias de represión que conllevan el encarcelamiento generalizado por delitos de drogas
- retrasos en los procesos judiciales, lo cual se traduce en largos períodos de prisión preventiva
- la participación de consumidores dependientes de drogas en actividades como prostitución, tráfico de drogas a pequeña escala y delitos contra la propiedad para reunir dinero con el que costearse el hábito
- la oferta de drogas en las cárceles significa que algunas personas se inician en el consumo mientras cumplen condena en prisión.

⁸⁵ En torno al 50 por ciento de los reclusos en la Unión Europea tiene un historial de consumo de drogas en algún momento de su vida; en el caso de los Estados Unidos, esta cifra supera el 80 por ciento. La gran mayoría de ellos son consumidores de drogas por vía parenteral; a menudo, representan incluso a la mitad de todos los reclusos en centros penitenciarios, pero sólo a un 1-3 por ciento de la comunidad general. Véase: 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* (The Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Beckley_RPT12_Prisons_Drugs_EN.pdf

El IDPC reconoce que una de las principales tareas de las autoridades penitenciarias consiste en garantizar la seguridad. Sin embargo, ninguna de estas medidas de seguridad ha funcionado hasta el momento para impedir la oferta de drogas en las prisiones ni los riesgos asociados al consumo de estas sustancias. Este apartado pretende ofrecer una panorámica integral de políticas y programas de base empírica que fomentan la salud de los reclusos en centros penitenciarios, así como su reinserción social una vez salen de prisión. Según la legislación internacional, las autoridades penitenciarias tienen la obligación jurídica de cubrir las necesidades sanitarias de aquellas personas que mantiene detenidas bajo su custodia.⁸⁶ Así, se debería seguir el principio de ‘atención médica equivalente’, es decir, que aquellas personas detenidas por el Estado tienen derecho a recibir los mismos tratamientos y cuidados médicos que el resto de la población general.

Riesgos sanitarios en prisión

Debido a sus estilos de vida antes de entrar en prisión y a determinadas actividades de riesgo, los reclusos que consumen drogas presentan un elevado nivel de problemas generales de salud, especialmente de infecciones como el VIH, la hepatitis y la tuberculosis (TB). En algunos casos, la prevalencia de estas enfermedades entre los reclusos plantea un importante desafío a las autoridades penitenciarias.

Los índices de VIH en las cárceles son hasta 100 veces superiores al del resto de la comunidad.

Los índices de uso compartido de agujas en prisión han alcanzado entre un 60 y un 90 por ciento de los consumidores de drogas por vía parenteral.

El VIH es una grave amenaza sanitaria para los 10 millones de personas que se encuentran recluidas en prisiones en el mundo. En la mayoría de países, los niveles de contagio de VIH entre las poblaciones carcelarias son mayores que entre 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 superiores al del resto de la comunidad.⁸⁷ En cuanto al contagio de VIH mediante el consumo de drogas inyectadas –la principal fuente de preocupación en muchos países– las pruebas demuestran que los índices de infección son menores entre los reclusos que entre el resto de la comunidad. No obstante, los índices de uso compartido de jeringuillas, así como los riesgos asociados a éste, han alcanzado niveles preocupantes: la mayoría de países notifica índices de uso compartido de entre el 60 y el 90 por ciento en las prisiones.⁸⁸

86 Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

87 En Rusia, a fines de 2002, el número de personas que vivía con VIH/SIDA en las prisiones representaba en torno al 20 por ciento de todos los casos diagnosticados de VIH en el país. En Indonesia, los índices de prevalencia del VIH en las cárceles oscilaba entre un 4 y un 22 por ciento en 2001; en Brasil, los índices de prevalencia varían del 3,2 al 20 por ciento. En Sudáfrica, la prevalencia del VIH en las cárceles alcanzó, según se informa, el 41,4 por ciento en 2002 y, en Europa Occidental, se observaban índices especialmente elevados en países meridionales como España, donde el 14 por ciento de los reclusos vive, según los datos aportados, con VIH/SIDA. 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>

88 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>

Los niveles del virus de la hepatitis C también son altos entre la población reclusa. Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (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.⁸⁹

La prevalencia del virus de la hepatitis C en las cárceles oscila entre el 4,8 por ciento en una prisión india y el 92 por ciento en una del norte de España.

La prevalencia de TB también suele ser superior en las cárceles que entre la población general. Según un estudio realizado en Tailandia, la prevalencia de TB entre los reclusos de las prisiones era ocho veces superior que entre el resto de la población.⁹⁰ Otro estudio demostraba que la prevalencia de TB en una cárcel de Victoria (Australia) había alcanzado el 10 por ciento,⁹¹ mientras que otro estudio efectuado en una cárcel de Bahía (Brasil) presentaba una prevalencia de TB latente del 61,5 por ciento, con una prevalencia de TB activa del 2,5 por ciento.⁹²

Las autoridades penitenciarias, por lo tanto, deben abordar algunos de los aspectos más extremos de los problemas sanitarios relacionados con las drogas: los factores de riesgo de contagio se exageran en entornos carcelarios y los reclusos liberados suelen convertirse en un 'puente' para que los contagios se extiendan entre la población general.

La prevalencia de tuberculosis es mucho mayor en las cárceles que entre la población general.

El riesgo de contagios generalizados en los centros penitenciarios se acentúa debido a una serie de factores:

- La estrecha proximidad de un gran número de personas en lo que a menudo son condiciones insalubres, y con poco acceso a medidas de protección, crea las condiciones necesarias para que prosperen infecciones transmitidas por el aire como la TB y los virus de transmisión sanguínea como el VIH y la hepatitis.
- La prevalencia de conductas de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección, la inyección de drogas y los tatuajes es especialmente alta.
- La falta de acceso a medidas de prevención y reducción de daños aumenta la probabilidad de que estas actividades no sean seguras.

89 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>

90 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/ijtld/2002/00000006/00000003/art00005>

91 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>

92 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>

Estos desafíos son ya de por sí enormes cuando se dispone de servicios públicos integrales de salud y atención. No obstante, en la mayoría de prisiones, donde las capacidades, los recursos y los equipos disponibles para servicios generales de salud suelen ser inadecuados, responder a estos retos de salud pública resulta especialmente difícil. Sin embargo, la legislación internacional en materia de derechos humanos dispone que los reclusos siguen manteniendo su derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible, consagrado por la Constitución de 1945 de la OMS y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. Por lo tanto, todos los Estados tienen la obligación jurídica de elaborar y poner en práctica programas de base empírica en los centros de detención que protejan la salud de los consumidores de drogas y reduzcan los daños relacionados con éstas.

Gestión de riesgos sanitarios

Aunque hay numerosos estudios que han analizado las políticas e intervenciones sobre el consumo de drogas en general, son pocos los que se han centrado en los tratamientos de drogas y los servicios de reducción de daños en los centros penitenciarios. En muchos países, las prisiones cuentan con escasos recursos y, a menudo, se prioriza la seguridad por encima de las necesidades sanitarias de los consumidores dependientes de drogas. Las autoridades penitenciarias han procurado, por lo general, abordar el poder de los traficantes de drogas y limitar la oferta de drogas ilícitas recurriendo a duras medidas de seguridad o a programas de detección de drogas. Estas intervenciones no han alcanzado el objetivo que perseguían y, en ocasiones, han derivado en consecuencias negativas. Los análisis para la detección de drogas en las cárceles, por ejemplo, animan a los consumidores dependientes a pasarse a drogas para las que no se

realizan análisis o que son más difíciles de detectar y, quizá, más peligrosas y 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.⁹³ La ONUDD ha manifestado que estos programas no se deberían desplegar en centros penitenciarios.⁹⁴

En las cárceles se deberían evitar los programas de detección de drogas.

Las autoridades penitenciarias deben afrontar el reto de cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.⁹⁵ Al aplicar políticas basadas en la salud en las prisiones, así como en las comunidades, los países no sólo observarán mejoras en la salud de la población que consume drogas, sino también en la del resto de la población.

93 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.informaworld.com/smpp/content~content=a743931394&db=all>

94 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organisation & 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>

95 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)

Estas mejoras no sólo tendrán un efecto positivo sobre la salud, sino también sobre las finanzas públicas. Las autoridades penitenciarias tienen a su alcance varias posibilidades, todas ellas reconocidas y apoyadas como buenas prácticas por la OMS, la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Las autoridades penitenciarias deben afrontar el reto de cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Educación e información Muchos reclusos no son conscientes de los riesgos de contagio que están tomando. 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.

Programas de vacunación Hay vacunas eficaces contra la hepatitis B y un período en prisión representa una oportunidad para animar a los reclusos a vacunarse (muchos de los cuales 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 destinados a reclusos consumidores de drogas, que son un grupo de riesgo específico, y han notificado un alto nivel de compromiso y cumplimiento.

Acceso a medidas de 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 enfermedades de transmisión sexual, que consisten en asesorías y análisis voluntarios para los reclusos o medidas para evitar violaciones, violencia sexual y coacciones en prisión.

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 entornos penitenciarios. Los argumentos contra los programas de intercambio de agujas en prisiones implican, entre otras cosas, el temor a que los reclusos utilicen las agujas como armas contra el personal u otros presos, que las agujas desechadas conlleven un riesgo de infección, y que la oferta de agujas esterilizadas incremente la prevalencia del consumo de drogas inyectadas en las cárceles.

En 2009, diez países habían introducido programas de intercambio de agujas y jeringuillas (PIAJ) en cárceles. Los resultados han sido muy positivos. Según la mayoría de estudios, el

uso compartido de material de inyección se había reducido drásticamente y ninguno de los temores antes mencionados se había materializado en la práctica.⁹⁶ Un estudio realizado en dos prisiones de Berlín, por ejemplo, llegó a la conclusión de que, tras la adopción de un 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.⁹⁷

Prevención de sobredosis de drogas Los reclusos que consumen drogas son un grupo con un riesgo muy elevado de sufrir sobredosis accidentales, especialmente en el período inmediatamente posterior a la salida de prisión. De hecho, como las personas que dependen de las drogas limitan 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.⁹⁸ Los reclusos corren también el riesgo de fallecer en prisión, ya sea por suicidio, pérdida de tolerancia o drogas adulteradas. Por tanto, es necesario destinar a los presos programas específicos de prevención de sobredosis, que cubran aspectos como formación y sensibilización, y medidas prácticas como la distribución de naltrexona, un fármaco que bloquea temporalmente el efecto de los opiáceos.

Tratamiento de drogas y rehabilitación Las prisiones, que albergan a un gran número de consumidores dependientes de drogas, pueden ser, en ocasiones, un entorno útil para proporcionar tratamiento y romper el círculo de dependencia y delincuencia. La experiencia del encarcelamiento puede representar para algunos consumidores dependientes una ruptura con su vida en la calle y ofrecerles la oportunidad de reflexionar sobre el impacto de las drogas en ellos.

Hay pruebas de que se pueden desplegar con buenos resultados toda una serie de intervenciones de tratamientos para la dependencia de las drogas en entornos penitenciarios. El tratamiento de sustitución de opioides (TSO) –con metadona, concretamente– es una opción viable en todo un abanico de entornos penitenciarios para las personas que dependen de los opioides. Los TSO en prisiones parecen ser eficaces para reducir la frecuencia del consumo de drogas inyectadas y el consiguiente uso compartido de material de inyección *si* se ofrecen las dosis y el tratamiento suficientes durante un período de tiempo sostenido. Es también probable que disminuya el riesgo de contagio de VIH y otros virus de transmisión sanguínea entre reclusos. 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 reincidencia son menores entre los reclusos que reciben un TSO

96 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>

97 Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., & Bienze, 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?fromPage=online&aid=449884>

98 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>

adecuado. Por otro lado, el TSO ha demostrado tener un efecto positivo sobre el comportamiento institucional, al reducir las conductas en pos de drogas, mejorando así la seguridad carcelaria. Aunque las autoridades penitenciarias suelen expresar en un primer momento sus temores en lo que respecta a seguridad, comportamientos violentos y desvío de meta-dona, los programas de TSO han abordado con éxito estas cuestiones.⁹⁹

Varios estudios reconocen también que otras formas de tratamiento, como la terapia psicosocial, son relativamente eficaces para limitar la dependencia de las drogas en cárceles.¹⁰⁰

Así pues, un tratamiento eficaz para la dependencia de drogas en los centros penitenciarios maximiza las oportunidades de rehabilitación y evita la vuelta a la dependencia y la delincuencia tras la salida de prisión.¹⁰¹ 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 tratamiento. Si los programas de tratamiento son humanos y efectivos, es probable que los reclusos participen en ellos de forma voluntaria. Los procedimientos de detección a la llegada a los centros penitenciarios y la oferta de asesoramiento con especialistas y servicios de derivación pueden ayudar a identificar a los reclusos y animarlos a aceptar ayuda.
- Diversos modelos de tratamiento en las cárceles han demostrado su eficacia para mejorar indicadores de salud y delincuencia en muchos países.¹⁰² Las autoridades penitenciarias deberían procurar ofrecer en sus centros una combinación de programas de desintoxicación, tratamiento de sustitución 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 y cuando así elijan hacerlo.
- Es necesario prestar una cuidadosa atención al proceso de postratamiento, asegurándose de que todo avance realizado en prisión se mantenga una vez recuperada la libertad. Varios estudios sugieren que se necesita postratamiento para optimizar los efectos del tratamiento de drogas en prisión para limitar las posibilidades de reincidencia.¹⁰³ Esto significa que se necesitan mecanismos específicos para vincular el tratamiento en prisión con el tratamiento en la comunidad.

99 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

100 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, (2003). *Informe anual 2003. 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/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>

101 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>

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

103 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).

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 liberación anticipada.

Recomendaciones

- Es necesario comprender el nivel y la naturaleza del consumo y la dependencia de drogas entre los reclusos para elaborar las políticas adecuadas.
- Se necesitan programas de intercambio de agujas y jeringuillas (PIAJ) en las prisiones para evitar los riesgos relacionados con el uso compartido de equipos de inyección. La introducción de estos programas se debería preparar con cuidado y éstos deberían cubrir, entre otras cosas, la formación 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.
- Junto a los PIAJ, se deberían facilitar otros programas de reducción de daños para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sanguínea y otros daños relacionados con las drogas (educación sobre conductas de riesgo con las drogas, sobredosis y sexo no seguro, reparto de preservativos, etc.).
- A todos los reclusos se les debería asesorar sobre la dependencia de las drogas y los riesgos de la abstinencia, y ofrecérseles el tratamiento más adecuado en caso necesario.
- A todos los reclusos dependientes de los opioides se les debería ofrecer la opción de seguir una terapia de sustitución si eligen asistir a un programa de este tipo. Los niveles de dosis deben ser adecuados y el tratamiento no debería tener un límite temporal. Los programas de terapia de sustitución en las cárceles se deberían evaluar con gran rigor.
- A los reclusos dependientes de las drogas se les deberían proporcionar otras formas de tratamiento de drogas, como terapias psicosociales o grupos de ayuda mutua.
- Se deberían establecer mejores vínculos y una continuidad de tratamiento entre los servicios en centros penitenciarios y en comunidades, de forma que se pueda seguir un tratamiento al entrar en prisión o al salir de ella.

Recursos clave

- Holloway, K., Bennett, T. & Farrington, D. (2005) *The effectiveness of criminal justice and treatment programmes in reducing drug-related crime: A systematic review* (UK: Home Office Online Report 26/05), <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2605.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)
- Lines, R. (2007), 'HIV infection and human rights in prison' *In WHO, Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health* (Geneva: Switzerland), <http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>
- Lines, R., Jurgens, R., Betteridge, G., Stover, H., Laticevschi, D. & Nelles, J. (2006), *Prison needle exchange: a review of international evidence and experience* (Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2nd Ed.), <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173>
- Mayet, S. Farrell, M. & Mani, S.G. (2010) *Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison* (Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1), <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008221/frame.html>
- Mitchell, O., Wilson, D.B. & MacKenzie, D.L. (2006) *The Effectiveness of Incarceration-Based Drug Treatment on Criminal Behaviour*. Campbell Systematic Reviews 2006: 11, www.campbellcollaboration.org/lib/download/98/
- Perry, A., et al. (2009), *Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community* (Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3), <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005193.html>
- Stöver, H. & Nelles, J. (2003), '10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies'. *International Journal of Drug Policy* 14:437–444, <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S095539590300152X>
- UN Office on Drugs and Crime, World Health Organisation & 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 (2009), *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings* (Geneva: WHO WPRO), http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/clinical_guidelines_close_setting_wpro.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, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons* (Geneva: WHO), http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.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>



Capítulo 3

Programas Sociales Y Sanitarios

3.1 Prevención en materia de drogas

EN ESTE APARTADO

- ¿Por qué es importante?
- Problemas con las estrategias actuales para la prevención de drogas
- Un enfoque más integral sobre la prevención
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

Las intervenciones efectivas para la prevención en materia de drogas se deben diseñar como una respuesta integrada en el ámbito individual, comunitario y ambiental. Deberían enfocarse en mayor medida hacia factores sociales y ambientales, como la pobreza y la exclusión social, que facilitan los problemas de drogas.

¿Por qué es importante?

La prevención de drogas se propone incrementar la concienciación de los riesgos relacionados con éstas y cambiar los factores personales, sociales y ambientales a través de acciones que promuevan la salud y el bienestar. Ello se hace con el fin de retrasar o evitar el inicio del consumo de drogas, así como su evolución hacia la dependencia de estas sustancias.

El consumo problemático de drogas está arraigado en complejos factores sociales, emocionales, psicológicos y ambientales. Éstos se pueden categorizar, a su vez, como factores 'de riesgo' y 'de protección'. Los factores de protección están asociados con un potencial reducido de consumo de drogas. Entre ellos, cabría encontrar, por ejemplo, gozar de un alto estatus socio-económico en la sociedad, tener elevadas aspiraciones educativas y expectativas de empleo, disfrutar de una buena cohesión familiar, y que los miembros de la familia, los amigos o la comunidad tengan una visión negativa sobre las drogas. Los factores de riesgo hacen más probable el consumo de drogas. Entre ellos, estarían la facilidad de conseguir drogas, un nivel socio-económico bajo, experiencias de traumas o situaciones de abuso, dependencia de las drogas entre amigos o miembros de la familia, o un escaso apoyo formal en la familia o en la comunidad. Los programas de prevención del consumo de drogas suelen estar diseñados para potenciar los factores de protección y limitar los factores de riesgo.

Problemas con las estrategias actuales para la prevención de drogas

En el pasado, los responsables de la formulación de políticas han tendido a diseñar intervenciones generalizadas de prevención que consistían en programas de educación y detección de drogas en las escuelas, campañas mediáticas contra el uso de drogas, y programas para desarrollar habilidades para la vida. La lógica tras estas intervenciones era asegurarse de que los jóvenes tuvieran la oportunidad de recibir información sobre los riesgos del consumo de drogas y, por ende, que disminuyera la probabilidad de que empezaran a consumir drogas o intensificaran su uso.

Muchos académicos han revisado y evaluado el impacto de estos programas de prevención sobre la prevalencia del uso y la dependencia de las drogas. Un reducido número de estudios ha concluido que algunos programas específicos han sido de utilidad para reducir la prevalencia del consumo de drogas en una comunidad determinada. Éste sería, por ejemplo, el caso de Project STAR, un programa desarrollado en los Estados Unidos que consistía en una intervención comunitaria de prevención para escuelas, padres, organizaciones comunitarias, medios de comunicación y responsables de políticas sanitarias. Varios estudios de seguimiento realizados después de un año y tres años de haberse puesto en marcha el programa, mostraron que la intervención había logrado impactos mensurables sobre la prevalencia de uso de drogas entre la población a la que iba destinado el proyecto.¹⁰⁴

Sin embargo, ninguno de estos estudios ha demostrado de manera concluyente que dichas intervenciones se pudieran poner en práctica universalmente para reducir el nivel general de consumo de drogas en el conjunto de la sociedad. Muchos informes han señalado claramente que los programas nacionales para la prevención de drogas han tenido, en el mejor de los casos, un impacto limitado en prevenir el uso de estas sustancias.¹⁰⁵ La mayoría de intervenciones de prevención 'exitosas' están circunscritas a un área o comunidad específicas, y no han sido evaluadas en un período de tiempo mayor a unos pocos años, lo cual despierta dudas sobre su verdadera eficacia. Por tanto, es difícil considerarlas como una solución universal y de largo plazo para prevenir la dependencia de las drogas.

La revisión de algunas otras inversiones importantes en esta área también ha despertado importantes dudas sobre los programas de prevención. Un estudio de seguimiento de 10 años del proyecto DARE –un amplio programa de educación universal sobre drogas que contaba con una buena financiación– en los Estados Unidos no encontró pruebas concretas de que el proyecto haya conseguido influir en el consumo de drogas.¹⁰⁶ Otro ejemplo destacado es el de la campaña de lucha contra las drogas dirigida a la juventud

104 Pentz, M.A., et al. (1989), 'A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: effects on drug use prevalence'. *Journal of the American Medical Association* 261(22):3259–3266, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/261/22/3259>; Johnson, C.A., et al. (1990), 'Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(4):447–456.

105 Plant, E. & Plant, M. (1999), 'Primary prevention for young children: a comment on the UK government's 10 year drug strategy'. *International Journal of Drug Policy* 10(5):385–401, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(99\)00019-5/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(99)00019-5/abstract); Cuijpers, P. (2002), 'Effective ingredients of school-based drug prevention programs – A systematic review'. *Addictive Behaviours* 27(6):1009–1023, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12369469>

106 Lynam, D.R., et al. (1999), 'Project DARE: No Effects at 10-Year Follow-Up'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(4):590–593.

estadounidense y lanzada en 1998. Diversas evaluaciones del programa encontraron escasas evidencias de que la intervención haya tenido un efecto directo sobre el consumo de drogas entre los jóvenes.¹⁰⁷

Algunas acciones de prevención, como los análisis de detección de drogas, pueden tener efectos dañinos entre los jóvenes.

Más aún, algunas acciones de prevención pueden tener efectos dañinos sobre los jóvenes.¹⁰⁸ Tal ha sido el caso de los programas de análisis de detección de drogas en las escuelas. En 2007, el Centro Australiano para la Educación y la Capacitación sobre la Adicción emprendió un análisis integral y crítico de los programas de detección de drogas en las escuelas.¹⁰⁹ Este estudio, así como otros informes, han formulado importantes críticas contra estas prácticas. Según los estudios, los programas de análisis de detección de drogas:

- resultan ineficaces para impedir el uso de drogas entre personas jóvenes¹¹⁰
- son caros y merman recursos escasos de otros programas más eficaces que alejarían a los jóvenes de las drogas¹¹¹
- alejan a los estudiantes de actividades escolares y extracurriculares como el deporte, que han demostrado su eficacia para ayudarles a mantenerse al margen de las drogas¹¹²
- socavan la confianza entre los estudiantes y sus maestros y padres
- a veces resultan en falsos positivos; la evidencia muestra, por ejemplo, que los descongestionantes que se venden sin receta médica pueden producir un falso resultado positivo para anfetaminas; la codeína puede producir un resultado positivo para heroína; y alimentos con semillas de amapola pueden dar un resultado positivo para opiáceos. Así, los análisis indiscriminados pueden llevar fácilmente a sancionar a personas inocentes
- no identifican eficazmente a aquellos estudiantes que tienen problemas graves con las drogas y, por lo tanto, no sirven para derivarlos a los servicios de tratamiento y atención adecuados

107 Hornik R., et al. (2002), *Evaluation of the National Youth Anti-Drug Media Campaign: Fifth semi-annual report of findings, executive summary* (Rockville, MD: Westat), <http://www.drugabuse.gov/about/organization/despr/westat/Westat2003/TOCExecSum.PDF>

108 Kern, J., Gunja, F., Cox, A., Rosenbaum, M., Appel, J. & Verma, A. (2006), *Making sense of student drug testing – Why educators are saying no* (ACLU, Drug Policy Alliance), http://www.aclu.org/files/images/asset_upload_file598_23514.pdf

109 Roche, A.M., Pidd, K., Bywood, P., Duraisingam, V., Steenson, T., Freeman, T. & Nicholas, R. (2007), *Drug testing in schools – Evidence, impacts and alternatives* (Australian National Council on Drugs: Camberra), [http://drugguides.socialnet.org.hk/Documents/australia_drug_testing_in_schools%20\(1\).pdf](http://drugguides.socialnet.org.hk/Documents/australia_drug_testing_in_schools%20(1).pdf)

110 Yamaguchi, R., Johnston, L.D. & O'Malley, P.M. (2003), 'Relationship between student illicit drug use and school drug-testing policies'. *Journal of School Health* 73(4):159–164, <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/text/ryldjpom03.pdf>; Brief of Amici Curiae American Academy of Pediatrics, et al. (2002), *Board of Education of Independent School District No.92 of Pottawatomie County, et al. V. Lindsay Earls, et al.*, No. 01-332.

111 DuPont, R.L., Campbell, T.G. & Mazza, J.J. (2002), *Report of a preliminary study: elements of a successful school-based student drug testing program* (Rockville, MD: United States Department of Education) ; Kammerer, C. (2000), 'Drug testing and anabolic steroids', in *Anabolic steroids in sport and exercise*, 2nd edición, Ed. Charles, E. Yesalis (Champaign, IL: Human Kinetics).

112 Glancy, M., Willits, F.K. & Farrell, P. (1986), 'Adolescent activities and adult success and happiness: twenty-four years later'. *Sociology and social research* 70(3):242–250.

- pueden conducir a consecuencias no deseadas, como el consumo de drogas más peligrosas pero menos detectables por los análisis (episodios de consumo intensivo de alcohol; consumo de drogas que el organismo elimina rápidamente, como las metanfetaminas, el éxtasis o sustancias volátiles).¹¹³

Resulta evidente que el enfoque actual sobre la prevención del consumo de drogas ha sido en gran medida ineficaz respecto a su meta principal: reducir los niveles generales de consumo. Por ello, se hace necesario revisar las actuales estrategias nacionales y diseñar programas de prevención del consumo de drogas que tengan un auténtico impacto sobre el uso de drogas y que sean efectivo en términos de costes.

Un enfoque más integral sobre la prevención

La etapa preliminar de una estrategia eficaz para la prevención del consumo de drogas debería consistir en aclarar los objetivos. Si los responsables de las políticas desean que las personas tomen decisiones mejor informadas sobre el uso de drogas, puede que los programas educativos en las escuelas, así como las campañas locales o nacionales en medios de comunicación enfocadas en la educación sobre drogas sean eficientes,¹¹⁴ siempre que se adapten al entorno cultural y a los grupos hacia los que se dirigen. Sin embargo, si el objetivo de los gobiernos es reducir la prevalencia del uso de drogas en la sociedad, estas intervenciones han demostrado tener escaso impacto. Por ello, las estrategias de prevención deben marcarse objetivos más realistas: lograr que las personas jóvenes estén mejor informadas y sean menos vulnerables, en lugar de buscar reducciones en los niveles generales de consumo de drogas entre la población general. Los recursos se deberían dirigir específicamente hacia quienes los necesitan y no hacia los ciudadanos jóvenes en general.¹¹⁵

A escala internacional, la OMS considera que la prevención eficaz de enfermedades y del uso de drogas depende de una respuesta integrada en el ámbito individual, comunitario y ambiental.¹¹⁶ Por ello, las intervenciones deben dirigirse a múltiples niveles de la

sociedad. A escala individual, las intervenciones de prevención sólo serán eficaces si ofrecen a las personas tanto el conocimiento como los medios necesarios para cambiar sus conductas. Las intervenciones deberían generar en ellos una mayor concienciación sobre el uso de drogas, y estimular opiniones y propósitos que apoyen la reducción de riesgos, además de ofrecer medios prácticos para

Una prevención eficaz del consumo de drogas depende de una respuesta integrada en el ámbito individual, comunitario y ambiental.

113 American Civil Liberties Union (1999), *Drug testing: a bad investment* (New York: ACLU), <http://aclu.org/FilesPDFs/drugtesting.pdf>

114 No siempre es así. Por ejemplo, la campaña mediática de educación sobre drogas dirigida a los jóvenes estadounidenses tuvo un escaso impacto sobre la prevalencia del consumo de drogas entre los jóvenes de ese país. Véase: United States Government Accountability Office (2006), *ONDCP Media Campaign*, <http://www.gao.gov/new.items/d06818.pdf>

115 Diversos estudios demuestran que, en ciertos países occidentales, la educación para la prevención suele resultar eficaz hasta el final de la adolescencia. Tras esta etapa, el mero hecho de que estas sustancias estén terminantemente prohibidas vuelve su uso mucho más atractivo para los jóvenes.

116 World Health Organization & Social Change and Mental Health (1998), *The rapid assessment and response guide on injecting drug use* (IDU-RAR) (Eds. G.V. Stimson, C. Fitch y T. Rhodes), http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf

cambiar conductas, tales como habilidades personales o tratamientos para personas que son dependientes de las drogas. Sin embargo, resulta engañoso asumir que, centrándose sólo en personas individuales, las intervenciones preventivas crearán necesariamente las condiciones sociales requeridas para el cambio de conductas. Las acciones individuales y comunitarias operan dentro de los límites de un contexto social, económico y político más amplio. Por ejemplo, es opinión generalizada que las desigualdades sanitarias en general están estrechamente relacionadas con determinantes socio-económicos y que la marginación tiene un impacto negativo sobre el bienestar de las personas y las comunidades.

En la práctica, los problemas relacionados con las drogas ilícitas rara vez han sido considerados como un tema de desarrollo socio-económico. En lugar de ello, han sido tratados como un reto técnico, y segmentados en políticas que se centran en la demanda, la oferta y la reducción de daños. Aunque, teóricamente, el consumo problemático de drogas puede afectar a todas las personas de la sociedad, la evidencia demuestra que éste se relaciona claramente con ciertos factores socio-económicos más amplios. Entre ellos, estarían un bajo nivel educativo; el pronto abandono de la escuela y la deserción escolar; el desempleo; salarios bajos y condiciones laborales difíciles; bajos ingresos y deudas; inseguridad en la vivienda y carencia de ésta; mortalidad y enfermedades relacionadas con las drogas; acceso deficiente a cuidados y tratamiento; y estigma social.¹¹⁷ Otros estudios han demostrado que el consumo problemático y la dependencia de drogas son menos prevalentes entre comunidades socialmente inclusivas, donde las diferencias entre ricos y pobres son, en principio, menores. En los Países Bajos y Suecia, las políticas gubernamentales se han enfocado durante mucho tiempo en la inclusión social y en el bienestar socio-económico. Pese a contar con estrategias de políticas de drogas muy diferentes, la prevalencia del uso de estas sustancias en ambos países es comparable y bastante baja. Ello demuestra claramente que la prevalencia del uso de drogas puede verse influida por factores que no pasan por la estrategia de políticas sobre drogas, sino por cuestiones como la inclusión comunitaria y el bienestar socio-económico en general.

El consumo y los problemas de drogas están claramente relacionados con una serie de factores socio-económicos más amplios.

Los gobiernos deben priorizar la identificación de las comunidades más pobres que se encuentran en más alto riesgo de desarrollar un problema de consumo de drogas, y adoptar un enfoque integral que combine el desarrollo individual, comunitario y ambiental.¹¹⁸ Entender qué vuelve a las comunidades empobrecidas susceptibles al uso problemático de drogas ayudará a los responsables de políticas a minimizar los riesgos, poniendo en marcha proyectos selectivos de desarrollo socio-económico. Este

117 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2003), *El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37258_ES_ar2003eu_es.pdf

118 Marmot, M.G. (1998), 'Improvement of social environment to improve health'. *The Lancet* 351(9095):57-60, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(97\)08084-7/fulltext?version=printerFriendly](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(97)08084-7/fulltext?version=printerFriendly)

enfoque amplía el acento situado sobre el consumo de drogas y los problemas de salud para abarcar también cuestiones de vulnerabilidad, pobreza, subdesarrollo y derechos humanos.¹¹⁹ Apunta, en definitiva, una visión más amplia de las intervenciones para la prevención del consumo de drogas que la ofrecida por los programas de prevención tradicionales.

Este enfoque amplía el acento situado sobre el consumo de drogas y los problemas de salud para abarcar cuestiones de vulnerabilidad, pobreza, subdesarrollo y derechos humanos.

Es preciso alejarse de las estrategias de prevención que se centran únicamente en información sobre drogas (a menudo exagerada). En lugar de ello, los programas deberían incluir factores socio-económicos más amplios, que promuevan el empoderamiento y la integración sociales, y los derechos humanos. Las estrategias exitosas deben adoptar enfoques tanto al inicio de la cadena (abordando las causas subyacentes de la desigualdad) como al final de ésta (introduciendo medidas para reducir la desigualdad). Los enfoques al inicio de la cadena abordan el entorno socio-económico a nivel macro, como

el desarrollo humano y la reducción de las desigualdades sociales. Entre ellos estarían, por ejemplo, la mejora del acceso a la educación, unas condiciones laborales saludables, la rebaja del desempleo, y las políticas de inclusión social y comunitaria. Las medidas al final de la cadena aseguran que las políticas sanitarias se dirijan a grupos sociales vulnerables y desfavorecidos.

119 Rhodes, T. (2002), 'The "risk environment": a framework for understanding and reducing drug-related harm'. *International Journal of Drug Policy* 13(2):85–94, <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395902000075>

Recomendaciones

- Antes de empezar a diseñar una estrategia de prevención, se deben marcar objetivos claros sobre lo que se propone alcanzar.
- Se deberían evitar las estrategias de prevención que puedan tener consecuencias negativas indeseadas sobre la población a la que van dirigidas. Ello incluye medidas que puedan exacerbar la exclusión social de personas vulnerables, como los análisis de detección de drogas o el uso de perros rastreadores en las escuelas.¹²⁰
- Las políticas tradicionales para la prevención del consumo de drogas se deben integrar en una estrategia más amplia basada en el desarrollo socio-económico y de salud de los ciudadanos, con un especial acento sobre las comunidades con más alto riesgo. Para tal fin, los gobiernos deberían identificar las necesidades de las comunidades más vulnerables antes de diseñar las estrategias de prevención de drogas apropiadas.
- Es necesario involucrar a actores clave, como a consumidores dependientes de drogas y sus familiares, en el diseño y la puesta en práctica efectivos de las estrategias de prevención. Las comunidades afectadas deberían participar en todo momento en el proceso para garantizar que las medidas emprendidas estén adecuadamente dirigidas y que no tendrán consecuencias negativas no buscadas.
- Se debe reunir información para evaluar periódicamente el impacto de los programas nacionales de desarrollo socio-económico sobre la prevalencia del uso de drogas en las comunidades. Con ello se garantizará que las mejores prácticas se evalúen y se pongan claramente de manifiesto para futuras intervenciones.

120 Para una lista de artículos sobre los programas de análisis de detección de drogas y el uso de perros rastreadores en las escuelas, véase, <http://www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/Info/r/snifferdogs.pdf>

Recursos clave

American Civil Liberties Union (1999), *Drug testing: a bad investment* (New York: ACLU), <http://aclu.org/FilesPDFs/drugtesting.pdf>

Cuijpers, P. (2002), 'Effective ingredients of school-based drug prevention programs – A systematic review'. *Addictive Behaviours* **27**(6):1009–1023, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12369469>

Ezard, N. (2001), 'Public health, human rights and the harm reduction paradigm: From risk reduction to vulnerability reduction', *International Journal of Drug Policy* **12**(3):207-219

Marmot, M.G. (1998), 'Improvement of social environment to improve health'. *The Lancet* **351**(9095):57–60, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(97\)08084-7/fulltext?version=printerFriendly](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(97)08084-7/fulltext?version=printerFriendly)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2003), *El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37258_ES_ar2003eu_es.pdf

Plant, E. & Plant, M. (1999), 'Primary prevention for young children: a comment on the UK government's 10 year drug strategy'. *International Journal of Drug Policy* **10**(5):385–401, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(99\)00019-5/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(99)00019-5/abstract)

Rhodes, T. (2002), 'The "risk environment": a framework for understanding and reducing drug-related harm'. *International Journal of Drug Policy* **13**(2):85–94, <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395902000075>

World Health Organisation, Social Change and Mental Health (1998), *The rapid assessment and response guide on injecting drug use* (Eds. G.V. Stimson, C. Fitch and T. Rhodes), http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf

3.2 Tratamiento para la dependencia de drogas

EN ESTE APARTADO

- ¿Por qué es importante?
- Elementos clave para un sistema de tratamiento eficaz
- Métodos de tratamiento de drogas
- Un sistema rentable
- Un proceso de reintegración
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

La dependencia de las drogas debería dejar de considerarse como un delito y tratarse como un tema de salud. El tratamiento de 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 de delincuencia.

¿Por qué es importante?

El 24 de junio de 2009, Antonio Maria Costa, director ejecutivo de la ONUDD, dio a conocer el Informe Mundial sobre las Drogas 2009, declarando que “las personas que consumen drogas necesitan ayuda médica, no sanciones penales”.¹²¹

“Las personas que consumen drogas necesitan ayuda médica, no sanciones penales”.
Antonio Maria Costa, director ejecutivo de la ONUDD.

Algunos cálculos recientes sugieren que en el mundo hay unos 205 millones de personas consumen drogas ilícitas.¹²² Los factores que llevan a los consumidores experimentales u ocasionales de drogas a convertirse en dependientes de estas sustancias son

complejos. Sólo una minoría de todos los consumidores de drogas –un número estimado de 25 millones a escala mundial–¹²³ desarrollarán patrones de consumo ‘problemáticos’ o ‘de dependencia’ que ameriten una intervención con tratamiento. Por ello, los sistemas de tratamiento deberían priorizar que los escasos recursos disponibles se destinen a estos usuarios dependientes.

De los 205 millones de personas que consumen drogas, sólo 1 de cada 10 son considerados dependientes de éstas.

121 United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *World Drug Report*, http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf

122 United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *Joint UNODC-WHO programme on drug dependence treatment and care* (IN PRESS).

123 United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *Joint UNODC-WHO programme on drug dependence treatment and care* (EN PRENSA).

El consumo dependiente de drogas es definido por la Unión Europea como “consumo de estupefacientes por vía parenteral o consumo prolongado o habitual de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas”.¹²⁴ En la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, el consumo dependiente de drogas se define como un deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir una sustancia, dificultades para controlar el consumo de drogas, un estado de abstinencia fisiológica, tolerancia, abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, y persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.¹²⁵

Los esfuerzos de los gobiernos deben orientarse hacia un sistema de tratamiento que abarque un rango de modelos estrechamente integrados y que se refuercen mutuamente.

El impacto del consumo de drogas sobre una persona depende de la compleja interacción entre las propiedades inherentes a la droga empleada, el estado emocional del consumidor, y sus circunstancias personales y sociales. En todas las sociedades, la prevalencia del consumo problemático de drogas se suele concentrar entre los grupos marginados, donde son más altas las tasas de trauma emocional, pobreza

y exclusión social. No es un hecho sorprendente, ya que el consumo compulsivo de drogas se cita en muchos estudios como una manera de lidiar con condiciones de vida difíciles o problemas emocionales.¹²⁶ Dados los múltiples factores que favorecen la dependencia de las drogas, se sigue que no exista un único enfoque 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 rango 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 tratamientos de drogas no sólo deberán tomar en cuenta las razones por las cuales las personas consumen drogas, sino también el contexto social y cultural en que lo hacen, así como el impacto de tal contexto. 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.

124 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction online glossary, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary#p>

125 World Health Organization (2007), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th revision*, <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>

126 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>

Diversos gobiernos aceptan ahora que ofrecer tratamiento y rehabilitación a usuarios de drogas problemáticos es una estrategia más eficaz que imponer penas severas. Estudios realizados en una variedad de contextos sociales, económicos y culturales, han confirmado que muchos problemas sanitarios y sociales relacionados con las drogas –como la desintegración familiar, inactividad económica, el VIH y los delitos menores– se podrían abordar de forma rentable mediante una amplia prestación de tratamientos para la dependencia de las drogas.¹²⁷

Ciertas prácticas de tratamiento – terapia de convulsión por choques eléctricos, desintoxicación forzada, regímenes basados en castigos físicos o psicológicos o la privación de la libertad– deberían estar prohibidas.

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 los estándares de derechos humanos o las pruebas empíricas de su eficacia. Las investigaciones realizadas, la experiencia recogida y los estándares de derechos y libertades fundamentales vigentes indican que no se deberían aplicar ciertas prácticas de tratamiento. Estas prácticas incluyen terapia de convulsión por choques eléctricos, desintoxicación forzada, regímenes basados en castigos físicos o psicológicos, o privación de la libertad. Muchos gobiernos han introducido regímenes de tratamiento que se apoyan 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 maltratos, denegación de atención médica o tratamiento, y trabajos forzados.¹²⁸

Es importante que los enfoques de tratamiento respeten los derechos humanos y el principio de que siempre corresponde a la persona elegir si ingresa o no a un programa de tratamiento, así como cumplir o continuar con éste. Ello no sólo corresponde a obligaciones de derechos humanos, sino que además garantiza la eficacia del programa. Todos los estudios señalan que el 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 estimulen a las personas a aceptar el tratamiento (por ejemplo, a través de procedimientos judiciales penales), 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. Se ha producido un importante debate ético acerca de si debe obligarse

127 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. et al. (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: 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>

128 World Health Organisation 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: WHO), http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf; Richard Pearshouse (2009), *Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)*, (Canadian HIV/AIDS Legal Network), <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=917>; 'Harm Reduction 2009: IHRA's 20th International Conference' en Bangkok (21 de abril de 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/Bangkok2009#Presentations&Videos-Tuesday21stApril>

a quienes consumen drogas, a través del sistema penal u otros medios, a que inicien un tratamiento. 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 sentencia de cárcel). Quienes se oponen, apuntan al derecho de los seres humanos a elegir su propio tratamiento.¹²⁹ En ambos casos, los sistemas de tratamiento serán ineficaces si no respetan los principios de autodeterminación y motivación.

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 ha iniciado con la puesta en práctica experimental de un modelo particular y, con el transcurso del tiempo, éste se ha difundido y/o se han añadido otros modelos. Aunque una sola intervención o una serie ellas por separado puedan producir buenos resultados en casos concretos, los gobiernos deberían pensar más en términos de crear sistemas de tratamiento nacionales, regionales o locales 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. Por ello, el primer reto es identificar a quienes son consumidores dependientes de drogas, o experimentan o causan problemas relacionados con el consumo de éstas, y animarlas a aceptar ayuda e intervención. Hay toda una serie de posibles vías 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 salud y atención social suelen estar en una excelente posición para reconocer los síntomas del consumo dependiente de drogas y animar al consumidor de estas sustancias a pedir la ayuda de un especialista. Los médicos de cabecera, por ejemplo, a menudo gozan de la confianza de sus pacientes y pueden desempeñar un papel clave.
- **Identificación a través de centros especializados de asesoramiento sobre drogas o 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.

¹²⁹ El derecho humano a un consentimiento informado sobre 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.

- **Identificación a través del sistema judicial penal** Debido a la naturaleza ilegal de su consumo de drogas, y la necesidad de solventar éste, los consumidores dependientes de drogas a menudo entran 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: tribunales especiales para delitos relacionados con drogas en los Estados Unidos,¹³⁰ programas de derivación en el momento del arresto en el Reino Unido (véase el apartado 2.2 sobre la aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas)¹³¹ y el sistema de grupos multidisciplinarios en Portugal (véase el apartado 2.1 sobre la reforma de las leyes de drogas).¹³² Esta forma de identificación se critica a menudo como una forma de coaccionar a los usuarios para que sigan un tratamiento (véase párrafo anterior).

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.

El sistema de tratamiento también debería de contar con un mecanismo que controle el avance de cada persona en el tratamiento (un concepto que se suele denominar ‘gestión de casos’), con el fin de reintegrarlas en la sociedad.

Métodos de tratamiento de drogas

La complejidad del consumo de drogas es tal que no existe una respuesta, entorno o intensidad de tratamiento únicos que sea apropiado para todos los usuarios dependientes de drogas. Algunos países han desarrollado extensos sistemas de tratamiento en el transcurso de muchas décadas, mientras que otros recién están empezando a desarrollar experiencias y a comprender esta área de políticas. Sin embargo, todos los países tienen cierto trecho por recorrer para alcanzar un conjunto de servicios de tratamiento de dependencia de drogas lo suficientemente integrado y que haga un uso eficiente de los recursos disponibles para maximizar los logros sanitarios y sociales.

Ninguna respuesta, entorno o intensidad de tratamiento únicos será apropiado para todos los usuarios dependientes de drogas.

Las respuestas pueden basarse en tratamientos de sustitución, desintoxicación, terapias psicosociales y grupos de apoyo mutuo.

130 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>

131 NHS website: *Drug intervention programme research*, http://www.nta.nhs.uk/areas/criminal_justice/drug_interventions_programme.aspx

132 Greenwald, G. (2009), *CATO Report: Drug decriminalization in Portugal – Lessons for creating fair and successful drug policies* (Washington D.C.: CATO Institute), http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf

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 universalmente apropiadas. El desarrollo de sistemas de tratamiento de drogas debe combinar la investigación de evidencias empíricas a escala 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 sustitución, desintoxicación, terapias psicosociales y/o grupos de ayuda mutua.

- **Desintoxicación** La OMS define la desintoxicación de la siguiente manera: “(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”. Cuando la desintoxicación conlleva la administración de sustancias, se suele administrar algo que imite o bloquee los efectos de aquella que tomaba normalmente el paciente. La dosis administrada se calcula para aliviar el síndrome de abstinencia sin inducir intoxicación y se va retirando gradualmente conforme el paciente se recupera. Normalmente este tratamiento es supervisado por personal competente, aunque a veces se emplea el término ‘autodesintoxicación’ para denotar la recuperación sin ayuda de un episodio de intoxicación o de los síntomas de abstinencia.¹³³
- **Tratamiento de sustitución** Las terapias de sustitución para opiáceos son las respuestas de tratamiento de dependencia de drogas que se han estudiado con mayor profundidad y tienen a su favor una base significativa de evidencias empíricas a escala mundial. Se pueden definir como: “La prescripción de una droga sustituta para la que existe dependencia y tolerancia cruzadas. Se emplea una forma menos peligrosa de la droga normalmente consumida por el paciente para minimizar los efectos de la abstinencia o para que el paciente abandone una vía

133 Glosario de términos de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud, http://www.who.int/entity/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

de administración concreta. Sin embargo, la base de evidencias sugiere que, para lograr resultados óptimos, estas terapias deben proporcionarse conjuntamente con intervenciones psicosociales”.¹³⁴

El éxito del tratamiento de sustitución reside en retirar al consumidor dependiente de drogas de un estilo de vida caótico que involucra conseguir dinero (normalmente a través de actividades delictivas), comprar drogas de traficantes, intoxicarse, y volver a repetir el proceso. Si recibe una dosis segura administrada por personal médico, se puede eliminar el comportamiento más arriesgado y antisocial, y estabilizar así su modo de vida.

- **Intervenciones psicosociales** Las intervenciones psicosociales consisten en intervenciones no farmacológicas (a veces denominadas ‘terapias de conversación’) que se proponen influir en los factores internos de la persona que la impulsan a consumir drogas. Éstas pueden ser breves intervenciones llevadas a cabo en sesiones individualizadas entre un terapeuta y su paciente, como la prevención de recaídas, breves intervenciones motivacionales y técnicas de identificación (donde el terapeuta trabaja con el consumidor de droga para identificar y contraponer situaciones que llevan al consumo de la sustancia). También pueden incluir intervenciones más formales, como la entrevista motivacional y otras técnicas de refuerzo de la motivación; gestión de contingencias (donde se ofrece incentivos a los pacientes en respuesta a un comportamiento deseado); terapia conductual de parejas para pacientes que tienen una relación establecida y una pareja que no consume drogas; terapia familiar; y enfoques de ayuda mutua (autoayuda).^{135,136}
- **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. Las pruebas empíricas sugieren que la participación en estos grupos, particularmente cuando se apoya a otras personas, tiene muy buenos resultados.¹³⁷ La mayoría de las investigaciones se centran en los modelos de ‘12 pasos’, como los empleados por Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, también se deberían estimular 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.

134 Glosario de términos de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud, http://www.who.int/entity/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

135 National Institute for Health and Clinical Excellence (2007), *Clinical Guideline 51: Psychosocial interventions for substance misuse* (London: NICE), <http://guidance.nice.org.uk/CG51/NiceGuidance/pdf/English>

136 Department of Health (England) and the devolved administrations (2007), *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. (London: Department of Health in England, the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive), http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/clinical_guidelines_2007.pdf

137 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.informaworld.com/smp/conten~content=a903283034&db=all>; 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>

Entorno de tratamiento Además de ofrecer una gama variada de intervenciones, un sistema de tratamiento eficaz también llevará a cabo éstas en una variedad de entornos. Éstos se pueden clasificar, en grandes líneas, como espacios callejeros, comunitarios¹³⁸ o residenciales.¹³⁹ Es difícil ser categórico sobre cuál de los espacios debe 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. Cualquiera que sea el entorno, es importante que las intervenciones ayuden a los consumidores de drogas a acceder a otras formas de tratamiento y atención que puedan o no abordar directamente el consumo de drogas, como servicios de albergue, educación y empleo.

Los entornos comunitarios tienden a ser los más apropiados cuando el consumidor dependiente de drogas cuenta con un fuerte apoyo social, familiar y comunitario. Sin embargo, cuando el consumidor no disponga de tal apoyo o cuando sea susceptible de retornar a la dependencia de las drogas por la presión de traficantes y compañeros, puede ser mejor tratarlos lejos de su hogar.

Intensidad del tratamiento La intensidad del tratamiento para consumo 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 u otras. En términos generales, las investigaciones sugieren que, mientras más arraigado y severo sea el nivel de dependencia, más intensiva y prolongada debe ser la intervención de tratamiento. Ello crea un dilema para los gobiernos, ya que la limitación de recursos disponibles vuelve tentadora la opción de 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 el consumidor.

138 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 al tratamiento porque utilizan como personal para el tratamiento a miembros de la comunidad, y como agentes clave de cambio a aquellos en etapa de rehabilitación. Estos miembros interactúan de maneras estructuradas y no estructuradas para influenciar las actitudes, percepciones y conductas asociadas con el consumo de drogas. Diversos informes sobre la efectividad de las comunidades terapéuticas demuestran que las personas que completaron su tratamiento con éxito tienen menores niveles de consumo de drogas, de conducta delictiva y de desempleo que los que tenían antes del tratamiento. Véase, por ejemplo: National Institute on Drug Abuse (2002), *Research report series – Therapeutic communities*, <http://www.drugabuse.gov/PDF/RRTherapeutic.pdf>

139 National Treatment Agency for Substance Misuse (2006) *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006*, http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf

Un sistema rentable

Aunque hay evidentes argumentos desde el punto de vista del gasto público para ampliar las inversiones en el tratamiento de la dependencia de drogas –pequeñas inversiones en tratamiento pueden desembocar en ahorros de costes en términos de salud, sociales y de delincuencia–¹⁴⁰, todos los gobiernos tendrán recursos limitados para invertir en esta área de salud y atención social. Por ello, es importante que los recursos se prioricen cuidadosamente para canalizarlos hacia aquellos cuyo comportamiento despierta mayor preocupación. También es importante que se maneje de forma eficiente el proceso de incorporar a las personas en el sistema de tratamiento, gestionar su paso por los distintos aspectos del sistema a medida que cambian las circunstancias en que se encuentran y reintegrarlas en la sociedad. Por este motivo, el sistema de tratamiento que se defiende en este documento consiste en un ‘menú’ de servicios de diferentes modelos, entornos e intensidades. Las personas deben ser guiadas a través de este menú de acuerdo a sus distintas necesidades y circunstancias. Muchos países también han invertido en sistemas específicos de gestión de casos, donde agentes de salud, servicios sociales o del sistema de justicia evalúan las necesidades de tratamiento de las personas, las animan y motivan para cambiar, y las colocan en el centro de tratamiento más apropiado. Cuando estos sistemas para gestión de casos están bien diseñados, tienen el potencial de incrementar la eficiencia y efectividad del tratamiento, al asegurar que la persona correcta recibe el tratamiento adecuado en el momento preciso.¹⁴¹

Un proceso de reintegración

La mayoría de las personas dependientes de drogas provienen de sectores afectados por la pobreza y otras carencias. De hecho, los problemas emocionales, económicos y sociales constituyen un motor clave de la dependencia de las drogas. Por ello, un objetivo crucial del tratamiento, además de abordar los temas físicos y emocionales, es mejorar la capacidad de cada persona para funcionar en la sociedad. Esto significa elevar su nivel educativo, brindarles acceso a empleo y encontrarles alojamiento lejos de las presiones y tentaciones para volver a consumir drogas. Un elemento clave de este proceso es el desarrollo de relaciones sociales y comunitarias que mitiguen el consumo de drogas y ofrezcan alternativas positivas. Es importante el apoyo de la familia y la comunidad, y en muchos países los grupos de apoyo para ex consumidores de drogas (como Narcóticos Anónimos) desempeñan un papel clave para mantener su compromiso con un estilo de vida no dependiente de la droga.

140 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>

141 Weinstein, S.P., Gottheil, E., Sterling, R.C. & Demaria, P.A. (1993): 'Long-term methadone maintenance treatment: some clinical examples'. *Journal of Substance Abuse Treatment* **10**(3):277–281, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=4751181>

Recomendaciones

- El objetivo primordial de los sistemas para tratamiento de la dependencia de drogas es permitir a las personas tener un modo de vida positivo y constructivo, y dejar de ser una carga para sus familias, su comunidad o su país.
- Todos los gobiernos deben hacer una inversión a largo plazo en tratamientos para la dependencia de las drogas para responder a este problema, y reducir los costes sanitarios y sociales asociados.
- Tal inversión en tratamientos de dependencia de drogas debe presentar un enfoque sistémico y no constituir una serie de intervenciones aisladas: identificar a quienes más requieren de tratamiento; ofrecer un menú equilibrado de servicios que incorporen diferentes modelos, entornos y niveles de intensidad; y desarrollar mecanismos fluidos para que las personas pasen entre sus diferentes componentes en la medida en que sus circunstancias cambian.
- No deben 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 son rentables.
- Es necesario revisar y evaluar constantemente los sistemas nacionales de tratamiento para asegurar que operen de manera efectiva y según las pruebas de base empírica de que se dispone a escala mundial.

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* (NIDA, 2^{da} edición), <http://www.nida.nih.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf>

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

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

3.3 Reducción de daños

EN ESTE APARTADO

- ¿Por qué es importante?
- Principios de la reducción de daños
- Una amplia gama de intervenciones
- Atención especial a grupos vulnerables
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

Se puede desarrollar una amplia gama de intervenciones de reducción de daños que han demostrado su eficacia en la disminución de problemas sanitarios relacionados con el consumo de drogas, así como la marginalización social asociada al consumo de drogas.

¿Por qué es importante?

En el capítulo 1 se presentó una definición amplia del concepto de 'reducción de daños', que es aplicable a todos los capítulos de esta guía. Este capítulo se centra específicamente en la reducción de daños como un conjunto de intervenciones de salud.

La dependencia de las drogas puede derivar en una serie de consecuencias sanitarias dañinas, incluida la muerte por sobredosis como resultado de una intoxicación aguda y el contagio de infecciones por vía sanguínea, como la hepatitis B y C, y el VIH, al compartir material de inyección contaminado o a través de abscesos o heridas infectadas.

El consumo de drogas por vía parenteral es un factor en al menos el 10 por ciento de todos los nuevos contagios de VIH.

La sobredosis de drogas es una importante causa de muerte prematura en los países de la Unión Europea.

En todo el mundo, hay cerca de 16 millones de consumidores de drogas por vía parenteral,¹⁴² y se calcula que hasta el 10 por ciento de todos los contagios de VIH se producen por la inyección de drogas.¹⁴³ En algunos países de Oriente Medio, África del Norte, Asia Central y Meridional, el sudeste asiático y América Latina, la mayoría de contagios de VIH se dan entre consumidor de drogas por vía parenteral (CDVP).¹⁴⁴

142 Mathers, D.M, *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)

143 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>

144 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>

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) identificó la sobredosis de drogas como una importante causa de mortalidad en los países de la Unión Europea.¹⁴⁵ 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 podían atribuirse al uso de opioides. Las muertes relacionadas con el consumo de drogas son, junto con los accidentes de tráfico, una de las principales causas de muerte entre los jóvenes.¹⁴⁶ En un informe publicado en 2008, la Red Euroasiática para la Reducción de Daños (EHRN) sugería que la prevalencia de sobredosis de drogas entre consumidores de estas sustancias por vía parenteral oscilaba entre el 15 y el 33 por ciento en Europa Central y Oriental, y en Asia Central, en 2006 y 2007.¹⁴⁷ Estudios adicionales han demostrado que el 48 por ciento de las personas que se inyectan heroína notificaron al menos una sobredosis no letal en el curso de sus vidas en San Francisco (Estados Unidos), mientras que en Sydney (Australia) y Londres (Reino Unido) la proporción llegaba al 68 y al 38 por ciento, respectivamente.¹⁴⁸

Las acciones para limitar éstas y otras consecuencias se han dado a conocer como 'políticas y servicios para reducción de daños'. Desgraciadamente, la reducción de daños se ha convertido en un concepto polémico porque cuestiona la validez de un enfoque que condena y estigmatiza de manera inequívoca a los consumidores de drogas. Sin embargo, en términos de una prevención eficaz del VIH, la evidencia es clara. El Reino Unido, Australia y los Países Bajos –países que a mediados de la década de 1980 adoptaron principios de reducción de daños y pusieron rápidamente en marcha programas de distribución de agujas y jeringuillas, así como tratamientos de sustitución de opioides– han experimentado índices notablemente inferiores de contagio de VIH. Otros países, como España y Francia, que retrasaron la adopción de estas estrategias, consiguieron finalmente reducir la elevada prevalencia de la infección entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Otros países, sin embargo, como la Federación de Rusia y algunos gobiernos del sudeste asiático, que se han resistido a emprender tales iniciativas, continúan registrando, sistemáticamente, una prevalencia elevada de VIH entre sus poblaciones.

145 Descarga de la presentación disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_13402_EN_11%20JV%20Epidemiological%20Situation%20D-R%20Deaths.pdf

146 Bargagli, A.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>

147 Coffin, P. (2008), *Overdose: a major cause of preventable death in Central and Eastern Europe and in Central Asia - Recommendations and overview of the situation in Latvia, Kyrgyzstan, Romania, Russia and Tajikistan* (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>

148 Seal, K.J., Kral, A.H., Gee, L., Moore, L.D., Bluthenthal, R.N., Lorvick, J., Edlin, B.R. (2001), 'Predictors and prevention of nonfatal overdose among street-recruited injection heroin users in the San Francisco Bay Area, 1998-1999'. *American Journal of Public Health* 91(11):1842–1846, <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/full/91/11/1842?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&andorexactitle=&andtitleabstract=predictors+p+revention+overdose&andorexactitleabs=&andorexactfulltext=&andsearchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>; Darke, S., Ross, J. & Hall, W. (1996), 'Overdose among heroin users in Sydney, Australia, I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose'. *Addiction* 91(3):405–411, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8867202>; Powis, B., Strang, J., Griffiths, P., Taylor, C., Williamson, S., Fountain, J. & Gossop, M. (1999), 'Self-reported overdose among injection drug users in London: extent and nature of the problem'. *Addiction* 94(4): 471-478 <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/add/1999/00000094/00000004/art00002>

En los últimos años, muchas partes del mundo han presenciado un incremento en el policonsumo de drogas,¹⁴⁹ y sustancias tales como el *crack* y la metanfetamina están también vinculadas con patrones de uso dañino y destructivo. En consecuencia, es importante reconocer que los principios y las prácticas de reducción de daños también se aplican a consumidores de drogas que no se inyectan. Cada vez hay más pruebas del contagio del VIH y del virus de la hepatitis C a través del uso compartido de pipas para fumar *crack*.¹⁵⁰ Se han desarrollado técnicas de reducción de daños para minimizar estos riesgos, así como aquellos en que incurren los consumidores de metilanfetamina, quienes fuman heroína y otros similares.¹⁵¹ Estas intervenciones son parte importante de un amplio abanico de medidas de reducción de daños que pueden necesitarse en el entorno de consumo de drogas ilegales en un país.

La reducción de daños ha llegado a convertirse en la principal estrategia de salud pública para lidiar con problemas causados por las drogas en muchos lugares del mundo.

En muchos lugares del mundo, la reducción de daños ha llegado a convertirse en la principal estrategia de salud pública para lidiar con problemas causados por las drogas. En este capítulo se emplea la definición de los principios de reducción de daños de la Asociación Internacional para Reducción de Daños (IHRA) y se describe cómo dichos principios pueden aplicarse a los desafíos de salud pública que presentan las infecciones y las sobredosis relacionadas con las drogas. Aunque en el capítulo 1 aparece un concepto más amplio de reducción de daños, aquí nos ocupamos específicamente de la reducción de daños como una intervención de salud para enfrentar las consecuencias del uso problemático de drogas y la marginalización social que lo acompaña.

Según la IHRA, 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”.¹⁵²

La reducción de daños parte de la premisa de que, pese a los más denodados esfuerzos realizados para prevenir la oferta y demanda de drogas, muchas personas en todo el mundo continúan usando drogas ilegales. La reducción de daños admite que muchos consumidores dependientes de drogas no tienen la capacidad o la disposición

149 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009), *Informe anual 2009*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_ES_EMCD_DA_AR2009_ES.pdf

150 Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L., Medd, E., Birkett, N., Seto, J.: "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, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18502378>

151 Razak, M.H., et al. (2003), 'HIV prevalence and risks among injection and noninjection drug users in northern Thailand: need for comprehensive HIV prevention programs'. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 33(2):259–66, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12794564>

152 International Harm Reduction Association: *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, http://www.ihra.net/Assets/2316/1/IHRA_HRStatement.pdf

para dejar de consumir estas sustancias. Por ello, deben brindársele opciones para ayudarles a minimizar los riesgos de continuar consumiéndolas, así como de ocasionar daños a sí mismos y a otras personas.

Centrar las políticas gubernamentales en la reducción de daños relacionados con las drogas en un entorno socio-jurídico específico, en lugar de priorizar una rígida tolerancia cero respecto al *consumo* de drogas constituye un enfoque pragmático para la protección de la salud pública. Los servicios de reducción de daños pueden brindarse a través de varias fuentes, como el sistema nacional de atención sanitaria, centros de rehabilitación, ONG locales y organizaciones de la sociedad civil. Los organismos de aplicación de la ley pueden contribuir identificando a consumidores dependientes de drogas y derivándolos a los servicios apropiados (para más información sobre el papel de los organismos de aplicación de la ley en la reducción de daños, véase el apartado 2.2 sobre aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas).

Lo que ofrecen las políticas de reducción de daños es un cambio de enfoque que se aleja de la penalización de los consumidores de drogas para concentrarse en la prevención de los daños relacionados con ellas que sufren estas personas, sus familias y sus comunidades. Es importante distanciarse del debate polarizado que enfrenta a los defensores de la reducción de daños contra quienes creen que la abstinencia es la única meta, y centrarse más bien en las maneras más eficaces de integrar servicios diversos. Las medidas efectivas de reducción de daños deben integrarse plenamente en los sistemas nacionales para el tratamiento de la dependencia de drogas, dado que ambos son importantes mecanismos para estabilizar la salud y los hábitos de consumidores dependientes.

Principios de la reducción de daños

- **Evidencias y rentabilidad** La reducción de daños basa sus acciones en las pruebas de base empírica más sólidas disponibles. La mayoría de las intervenciones son económicas, fáciles de poner en práctica y tienen un alto impacto sobre la salud de las personas y comunidades.
- **Una jerarquía de objetivos** Los servicios de reducción de daños están concebidos para satisfacer las necesidades de las personas. Los pequeños logros de muchas personas suponen más beneficios para la comunidad que los triunfos heroicos de unos pocos. Además, es mucho más probable que las personas den varios pasos pequeños que uno o dos pasos importantes. El objetivo de la reducción de daños en un contexto específico se puede ordenar muchas veces como una jerarquía, en la que las opciones más factibles se encuentran en un extremo (como medidas para mantener saludables a las personas) y las opciones menos factibles pero deseables en el otro extremo. En esta jerarquía, la abstinencia puede considerarse como una opción difícil pero deseable para la reducción de daños. Igualmente, es también importante reconocer que muchas personas pueden llevar

vidas saludables y productivas mientras reciben un tratamiento de sustitución de opioides (TSO), y realizar valiosas aportaciones a sus sociedades. Se considera que la prioridad más urgente es mantener con vida a los consumidores dependientes de drogas y prevenir daños irreparables. Naturalmente, no todas las respuestas serán universales. Por ejemplo, los países donde hay una baja prevalencia de la infección por VIH entre consumidores de drogas no necesitarán centrar sus acciones de reducción de daños en la prevención del contagio y el tratamiento del VIH. En lugar de ello, estos países se centrarán en mejorar los conocimientos y los programas educativos sobre VIH para garantizar que la incidencia se mantenga baja y para prevenir otros efectos nocivos relacionados con las drogas. Todos los gobiernos deberán adaptar las estrategias a su situación nacional.

- **Universalidad de los derechos humanos** Los derechos humanos se aplican a todas las personas. Los consumidores de drogas no pierden sus derechos humanos debido a su condición y deben poder disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como de acceso a servicios sociales, empleo, educación, libertad ante la detención arbitraria, y otros derechos. La reducción de daños se opone a los daños deliberados infligidos a quienes consumen y cultivan drogas en nombre de la fiscalización y la prevención de las drogas, y promueve respuestas a estas sustancias que respeten y protejan los derechos humanos fundamentales.
- **No discriminación** En muchos países, el consumo de drogas se sigue considerando como 'mal social'. El estigma constituye una barrera clave para la prestación de atención sanitaria y servicios de reducción de daños a consumidores dependientes de drogas y, más concretamente, a grupos socialmente marginalizados. Los empleados del sistema de salud son reticentes a brindar servicios a consumidores dependientes de drogas, a quienes consideran como delincuentes. A su vez, el estigma asociado con el consumo de drogas aleja a los consumidores dependientes de drogas del sistema de salud y de los centros de reducción de daños, por temor a ser arrestados o rechazados por sus familias, amigos o comunidades. Disminuir el estigma asociado a las drogas ilícitas desempeña un papel crucial en la mejora de las actitudes hacia los consumidores dependientes de drogas y hacia aquellas personas que viven con el VIH, así como en la prestación de servicios libres de juicios morales. Además, los usuarios dependientes de drogas deben saber que no sólo es necesario que ellos accedan a los servicios de reducción de daños, sino que también es algo que mejorará su seguridad.
- **Participación** Uno de los principios centrales de la reducción de daños es el empoderamiento o la capacitación de los consumidores de drogas; es decir, contar con servicios centrados en ellos e impulsados por ellos. Con demasiada frecuencia, los usuarios de drogas son excluidos del diseño y la puesta en práctica de las decisiones que los afectan. Es necesario que tanto los ex consumidores de drogas como las personas que siguen consumiendo tengan una verdadera voz en la creación y la aplicación de políticas y programas elaborados para atenderlos.

Una amplia gama de intervenciones

La siguiente lista, aunque no es exhaustiva, muestra intervenciones basadas en evidencias y que resultan rentables para enfrentar daños relacionados con las drogas:

1) **Desarrollo de programas de distribución de agujas y jeringuillas**

Puede que la intervención más emblemática de la reducción de daños dirigida a consumidores de drogas por vía parenteral sea el suministro de equipos esterilizados para inyectarse, con el fin de reducir la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea. Los programas de agujas y jeringuillas también se proponen prevenir infecciones cutáneas y en tejidos blandos (como abscesos y celulitis), que suelen derivarse del uso y uso compartido de material de inyección en condiciones antihigiénicas. Tales condiciones se pueden prevenir con una combinación de equipos de inyección esterilizados y consejos sobre técnicas de inyección, higiene y medidas similares. Los programas de distribución de agujas y jeringuillas, aunque atraen principalmente a los consumidores de drogas por vía parenteral a través del intercambio de material nuevo por usado, también pueden ser espacios útiles para:

- a) aconsejar sobre prácticas de inyección más seguras
- b) aconsejar sobre cómo evitar una sobredosis
- c) informar sobre la eliminación segura de equipos de inyección
- d) ofrecer acceso a análisis de detección de virus de transmisión sanguínea, así como a vacunas y servicios de tratamiento
- e) ofrecer ayuda para dejar de inyectarse drogas, como acceso a tratamiento para el consumo de drogas (por ejemplo, TSO) y estímulo para pasarse a métodos no parenterales de consumir drogas
- f) proporcionar otros servicios de salud y bienestar (como el suministro de preservativos).¹⁵³

El éxito de estos programas depende de una amplia gama de factores. Entre ellos estarían, por ejemplo, el alcance de su cobertura; la accesibilidad; la distribución, cuidadosamente enfocada, de equipos que se correspondan a los patrones de consumo local de drogas, ya sea opiáceos, anfetaminas o esteroides anabólicos;¹⁵⁴ la estrecha integración con el gobierno local o con otras autoridades encargadas de la eliminación de residuos;¹⁵⁵ acuerdos con los organismos locales de aplicación de la ley para que éstos no interfieran en el uso legítimo del intercambio de agujas y jeringuillas;¹⁵⁶ y negociación y consulta

153 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: NICE), <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH18Guidance.pdf>

154 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: NICE), <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH18Guidance.pdf>

155 Department for Environment, Food and Rural Affairs (1995), *Tackling Drug Related Litter* (London: HMSO), <http://www.defra.gov.uk/environment/quality/local/litter/documents/drugrelatedlitter.pdf>

156 Beaumont, W.J., de Jongh-Wieth, F.E., Slijngard, W.E., Van der Boor, A., Van Kleef, R. & de Wildt, G.R. (6 June 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://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102202693.html>

con la comunidad en su conjunto.¹⁵⁷ También debemos tener en cuenta que el aumento de la prevalencia del VIH y la hepatitis está asociado con el consumo de *crack* y metanfetamina, independientemente de si el contagio se produce por inyección, el uso compartido de pipas y otros accesorios o por una conducta sexual de riesgo que pueda deberse a drogas estimulantes.

- 2) **Dotación de espacios seguros para inyección** Algunos gobiernos, como es el caso de Australia, Canadá, España, Alemania y Suiza, han empezado recientemente a establecer espacios de consumo como una manera de brindar a los consumidores de drogas por vía parenteral servicios de reducción de daños y de prevenir muertes por sobredosis.¹⁵⁸ Los espacios para consumo de drogas son centros supervisados y bien equipados donde los consumidores de drogas pueden inyectarse o consumir sus drogas sin temor a ser arrestados y con personal médico cualificado para atender las sobredosis u otros problemas de salud. Estos centros han generado polémica, ya que entrañan una tolerancia explícita hacia la posesión y el consumo de drogas. Por esta razón, han sido objeto de detallados estudios e inspecciones, mostrando todos ellos hasta el momento que los centros son eficaces para disminuir los incidentes de sobredosis y los niveles de desorden asociados con el consumo de drogas en la calle.
- 3) **Reducción de riesgos de sobredosis** Al diseñar las respuestas de reducción de daños, se deben considerar seriamente los riesgos de sobredosis. Se requiere una respuesta escalonada, dependiendo de las circunstancias locales y nacionales. Las políticas deben incluir la prestación de programas y materiales de educación para consumidores dependientes de drogas y para quienes los atienden, detallando cómo evitar una sobredosis y las acciones que se deben tomar en caso de producirse una; convenios entre los servicios de ambulancia y policía, y 'leyes de buen samaritano'¹⁵⁹ para proteger a las personas que reportan sobredosis, evitando que el temor a las consecuencias legales les impida solicitar ayuda; y una amplia oferta de naltrexona para consumidores dependientes de drogas y sus familias, con el fin de darles tiempo para buscar asistencia médica.
- 4) **Tratamiento de la dependencia de drogas** Actualmente, el método de base empírica más utilizado para el tratamiento de la dependencia de drogas es el TSO. Conlleva la prescripción de metadona o buprenorfina, fármacos que ayudan a los consumidores de opiáceos a minimizar o eliminar su consumo de opiáceos ilícitos. Algunos países, en particular Suiza, prescriben heroína de uso legal (diamorfina) como sustituto de la heroína que se vende en la calle. Estos

157 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/>

158 Dagmar, H. (2004), *European report on drug consumption rooms* (EMCDDA), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf

159 Entendidas como leyes que permiten a personas compasivas, no motivadas por posibles recompensas, ayudar a personas necesitadas.

programas pueden reducir la incidencia de daños relacionados con las drogas al alejar a los consumidores que se inyectan drogas de conductas dañinas, como el uso compartido de equipos de inyección, que incrementa el riesgo de contagio de VIH, y su dependencia de las drogas que se venden en las calles. Se ha demostrado que el TSO mejora el cumplimiento de los tratamientos con antirretrovirales, está relacionado con el éxito virológico en tratamiento antirretroviral de los pacientes y reduce la mortalidad, incluida aquella relacionada con sobredosis.¹⁶⁰ El tratamiento para el consumo de drogas es también una solución eficiente y de largo plazo para reducir la dependencia de las drogas y los delitos relacionados con estas sustancias. La evidencia demuestra también la relativa eficacia de otras formas de tratamiento, como la prescripción de sustitutos de heroína o anfetamina¹⁶¹ y la terapia psicosocial, para tratar la dependencia de las drogas. Para más información, véase el apartado 3.2 sobre tratamiento para la dependencia de drogas.

- 5) **Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual** Los preservativos, así como los programas y servicios de educación sobre salud sexual, deben estar a disposición de los consumidores problemáticos de drogas, sus parejas sexuales y el conjunto de la comunidad. Debería animarse a los consumidores de drogas por vía parenteral a usar los servicios de pruebas del VIH y asesoramiento, no sólo porque podrían correr un alto riesgo de contraer la infección, sino también porque, de ser seropositivos, pueden recibir tratamiento y responder favorablemente a la infección. Estos servicios deberían trabajar con consumidores dependientes de drogas para evaluar la posibilidad de que se hayan contagiado; considerar el impacto de un resultado positivo a la prueba; y facilitar su acceso al tratamiento y atención correspondientes. Esto tiene implicaciones para el estado de salud a largo plazo del consumidor de drogas, pero también para la población que no consume drogas y que se encuentra en riesgo de infección a través de la transmisión sexual y por otras vías.¹⁶²
- 6) **Prevención y tratamiento de la hepatitis B y C** Las vacunas contra la hepatitis B son sumamente efectivas y deben ponerse a disposición de todas las personas que consumen drogas o que lo hayan hecho en el pasado. Actualmente, no existe ninguna vacuna contra la hepatitis C, que es muy contagiosa y afecta a gran número de consumidores de drogas. Sin embargo, sí existe un tratamiento para la hepatitis C, que debería ofrecerse a todos los consumidores de drogas.

160 Roux, 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://www.journals.uchicago.edu/toc/cid/2009/49/9>

161 Frick, U., Reim, J., Kovacic, S., Ammam, J. & Uchtenhagen, A (2006), 'A prospective cohort study on orally administered heroin substitution for severely addicted opioid users'. *Addiction* 101(11):1631–1639, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17034443> ; Rosenberg, H., Melville, J. & McLean, P.C. (2001), 'Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services'. *Addiction* 97(1):59–65, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=13495551>

162 World Health Organization, Department of HIV/AIDS, Department of Child and Adolescent Health and Development (2003), *Rapid assessment and response technical guide TG-RAR*, <http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Index.html>

- 7) **Prevención y tratamiento de la tuberculosis** Los consumidores problemáticos de drogas corren un riesgo especialmente alto de contraer la tuberculosis en espacios donde prolifera la enfermedad, como albergues para personas sin hogar, prisiones, centros de detención preventiva y lugares para el tratamiento forzoso del consumo de drogas.¹⁶³ El fármaco rifampicina, utilizado comúnmente para el tratamiento de la tuberculosis, reacciona con la metadona, acelerando la eliminación de la droga por parte del hígado. En consecuencia, aquellos que están recibiendo tratamiento contra la tuberculosis necesitarán una dosis mayor de metadona para tratar su dependencia de la droga; de otro modo, el tratamiento contra la tuberculosis les provocará síntomas de abstinencia. Por ello, una política de reducción de daños debería enfocar los programas de prevención y tratamiento de la tuberculosis hacia consumidores dependientes de drogas.

Atención especial a grupos vulnerables

Algunos grupos sociales, como las mujeres, los jóvenes y las minorías, son especialmente vulnerables al consumo de drogas y a los efectos nocivos asociados a éstas. Las pruebas demuestran que se deberían crear programas de reducción de daños específicamente orientados a estos grupos y que tengan en cuenta sus necesidades particulares.

Algunos grupos sociales son especialmente vulnerables al consumo de drogas y a los efectos nocivos asociados a éstas.

Personas jóvenes Aunque muchos jóvenes dependientes del consumo de drogas se encuentran en riesgo de incurrir en daños relacionados con estas sustancias – especialmente en Europa Central y Oriental, Asia y Norteamérica–, la mayoría de los servicios de reducción de daños están diseñados para lidiar sólo con adultos que consumen drogas. Las políticas hacia las drogas deben incluir intervenciones específicas para jóvenes y garantizar el respeto de sus derechos humanos, según lo establecido por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. La Convención estipula los derechos siguientes:

- **No discriminación** Ello incluye la eliminación de impedimentos relacionados con la edad, como los que requieren el consentimiento de los padres o que niegan confidencialidad a los menores;¹⁶⁴ eliminación de restricciones de edad para acceder a servicios de reducción de daños; y la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para personas jóvenes.

163 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*, 41(RR-5); 001 (MMWR), <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00019922.htm>

164 Declaración de *Youth Rise*, <http://www.ihrablog.net/2009/03/youthrise-statement-at-demand-reduction.html>

- **El interés superior del niño** Las intervenciones para reducción de daños deben enfocarse especialmente en aquellos que están en situación de mayor vulnerabilidad y necesidad de apoyo, como los jóvenes dependientes de drogas y los niños de la calle.
- **El derecho a la salud** La educación sobre drogas y salud, los servicios adaptados a los jóvenes y el acceso a atención sanitaria son componentes esenciales para garantizar el más alto nivel posible de salud para los jóvenes dependientes de las drogas. Esto incluiría, entre otras cosas, la posibilidad de recibir tratamiento de consumo de drogas como alternativa a la detención o a la rehabilitación forzosa.
- **Participación** Los países deben involucrar de manera significativa a las personas jóvenes más afectadas, como es el caso de jóvenes consumidores dependientes de drogas y de quienes viven con el VIH, en el desarrollo de políticas y programas sobre drogas.

Mujeres Las mujeres que se inyectan drogas están en condición de alta vulnerabilidad respecto a riesgos relacionados con las drogas. Son diversos los factores que empujan a las mujeres a incurrir en conductas que aumentan su riesgo de contagio del VIH. Estos factores incluyen, entre otros, las políticas punitivas, la discriminación por parte de la policía y los prestadores de atención médica y la preponderancia de programas de reducción de daños y tratamiento dirigidos particularmente a varones. Las mujeres embarazadas que se inyectan drogas son especialmente vulnerables a estos abusos.¹⁶⁵ Por ello, es fundamental garantizar que todas las mujeres que consumen drogas tengan acceso a programas de reducción de daños y a otros servicios de salud.

Grupos minoritarios Algunos grupos minoritarios, como indígenas, población roma, inmigrantes, refugiados y grupos étnicos o raciales, se ven especialmente afectados por el estigma social y los daños relacionados con las drogas. Las políticas y los programas de reducción de daños se deberían concebir de forma que se garantice su accesibilidad a las minorías del país. Estas intervenciones se deberían diseñar como proyectos de colaboración entre los responsables de formular las políticas y las comunidades afectadas. Deberían estar al alcance de las minorías en sus propios idiomas, estar adaptadas culturalmente e incluso incorporar, si así lo desea el paciente, prácticas tradicionales.¹⁶⁶

165 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

166 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>

Recomendaciones

- Con el fin de responder a la propagación de enfermedades de transmisión sanguínea, sobredosis accidental y otros daños, los responsables de la formulación de políticas no deberían centrarse en la oferta y la disponibilidad de drogas, sino fundamentalmente en los daños relacionados con estas sustancias.
- La reducción de daños no se puede conceptualizar como un servicio autónomo, sino más bien como un enfoque que se utilizará siempre que los consumidores de drogas entren en contacto con servicios genéricos en entornos de salud, educación y de justicia penal.
- Las políticas para la reducción de daños forman parte de una jerarquía de objetivos que se proponen empoderar a los consumidores dependientes de drogas para mejorar su salud y manejar las consecuencias negativas de su consumo de estas sustancias. Los servicios de reducción de daños deberían ser integrales e integrados para permitir a los usuarios dependientes de drogas acceder a todos los servicios que necesiten.
- Las respuestas a las drogas se deberían guiar por las necesidades específicas de quienes se encuentran en situación de mayor riesgo, y por el marco social, jurídico y económico existente en cada país. Para asegurar su éxito, se deben crear alianzas entre autoridades gubernamentales y ONG, incluidos grupos que representen a los consumidores de drogas.
- Los programas para reducción de daños se deben dirigir específicamente a grupos vulnerables, como mujeres, jóvenes y minorías que consumen drogas, para asegurarse de que tengan acceso a servicios adaptados a sus necesidades particulares.
- Al integrar la reducción de daños como un componente de una política nacional y/o local sobre drogas, es necesario considerar el papel y la función de servicios existentes que están en contacto con aquellos en situación real o potencial de riesgo; los factores directos e indirectos que influyen específicamente en la población local que consume drogas; las pruebas empíricas disponibles y lo que precise reunirse para convencer a las comunidades locales y a los creadores de opinión sobre la necesidad de adoptar tal estrategia.
- 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 sobre política eficaz para centros penitenciarios).

Recursos clave

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>

Ball, A., Rana, S. & Dehne, K.L. (1998), 'HIV Prevention among Injecting Drug Users: Responses in Developing and Transitional Countries'. *Public Health Reports* 113(1):170–181, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1307739/>

International Harm Reduction Association, *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, http://www.ihra.net/Assets/2316/1/IHRA_HRStatement.pdf

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

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007), *Drug Misuse: Psychosocial Interventions, National Clinical Practice Guideline Number 51* (Londres: British Psychological Society), <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG051NICEguideline2.pdf>

Savary, J.F., Hallam, C. & Bewley-Taylor, D. (2009), *Beckley Briefing Paper 18 – The Swiss four pillars policy: An Evolution From Local Experimentation to Federal Law (The Beckley Foundation)*, http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BriefingPaper_18.pdf

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: WHO), <http://www.who.int/hiv/idu/TechnicalGuideTargetSettingApril08.pdf>

World Health Organization, Department of HIV/AIDS, Department of Child and Adolescent Health and Development (2003), *Rapid assessment and response technical guide TG-RAR*, <http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Index.html>



Capítulo 4

Fortalecimiento De Comunidades

4.1 Reducción de la violencia de los mercados de drogas

EN ESTE APARTADO

- ¿Por qué es importante?
- Ejemplos de violencia relacionada con las drogas
- La naturaleza de los mercados de drogas
- Acciones que provocan un incremento de la violencia
- Acciones exitosas
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

Las estrategias para el cumplimiento de la ley deben basarse en un claro entendimiento de la estructura y las dinámicas de los mercados de drogas ilegales. Deben centrarse en reducir la violencia asociada con los mercados de drogas, no en el tamaño del mercado, y disminuir los niveles de la desigualdad socio-económica en las zonas más afectadas por estos mercados.

¿Por qué es importante?

La violencia urbana es uno de los aspectos más preocupantes del mercado mundial de las drogas. La violencia no es la única estrategia de que disponen quienes participan en los mercados de drogas; hay también otras estrategias como la negociación, la evasión y la tolerancia. Sin embargo, dado que quienes operan en el mercado de las drogas ilícitas no pueden apelar a métodos legales para evadir y 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 que acompañan a comportamientos violentos.

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 llegaron a 58 muertes por cada 100.000 habitantes.¹⁶⁷ En la misma línea, México está viviendo actualmente una explosión de violencia relacionada con los mercados de drogas; en 2008, 6.290 personas murieron debido a la violencia relacionada con

Muchas regiones han experimentado un creciente nivel de violencia relacionada con los mercados de drogas.

167 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>

las drogas.¹⁶⁸ En cambio, otras ciudades latinoamericanas han experimentado una disminución en sus tasas de asesinatos en comparación con las que ostentaban hace una década. Bogotá, la capital colombiana, que solía ser la ciudad más violenta del mundo, ha visto cómo su tasa de asesinatos descendía hasta 21 muertes por cada 100.000 habitantes. Igualmente, en muchas ciudades estadounidenses que presenciaron altos índices de violencia urbana en la década de los 90, se ha visto una disminución de la violencia en años recientes. Muchas ciudades europeas, pese a albergar algunos de los mercados de drogas más lucrativos, resultan menos afectadas por la violencia urbana a gran escala.

La evidencia sugiere que estos mayores índices de violencia están en gran medida vinculados con las rutas de tránsito de las drogas ilícitas, así como con el correspondiente consumo de drogas. 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 los intermediarios locales con drogas, lo cual llevó a un repentino aumento del consumo de éstas, así como de la incidencia de delitos violentos, en la década de 1990.¹⁶⁹ El mismo fenómeno se está produciendo en estos momentos en África Occidental, que se ha convertido en una nueva zona de tránsito para las drogas con destino a Europa.

Ejemplos de violencia relacionada con las drogas

En la travesía que realizan las drogas desde su lugar de cultivo hasta su punto de consumo, hay varias etapas, y cada una está asociada a distintas formas de violencia.

Producción La violencia se suele utilizar para controlar los cultivos que emplean en la producción de drogas ilícitas. 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 bandas rivales. Ésta es una práctica común en Colombia, donde es frecuente que se den choques entre agricultores y facciones de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC).¹⁷⁰ También en Afganistán se utilizan formas directas de violencia. En 2001, los talibanes restringieron significativamente la producción del opio a través de amenazas de violencia contra los agricultores que cultivaban adormidera. Las fuerzas de la OTAN también están participando en operaciones sangrientas con el fin de controlar los campos de amapola afganos.¹⁷¹ En otras partes del mundo, como Colombia y Brasil, se viven formas menos directas de violencia, como la contaminación de la tierra y el desplazamiento de agricultores debido a las campañas de fumigación aérea. Estas técnicas pueden resultar catastróficas para

168 'Mexico Prez hoped to quell drug violence by 2012', *New York Times*, 27 de febrero de 2009.

169 Youngers, C.A. & Rosin, E. (2004), *Drugs and democracy in Latin America: the impact of US policy* (Reinner).

170 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* (Silkworm Books).

171 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>

el medio ambiente y, a menudo, las tierras contaminadas no se pueden reutilizar para la agricultura.

Los cultivos destinados al mercado ilícito también tienden a proliferar en áreas afectadas por el conflicto. En Colombia, 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 las drogas. Estas fuerzas libran una guerra entre sí y contra la población local, que se traduce en violaciones generalizadas de los derechos humanos. Las violentas incursiones del ejército colombiano exacerbaban las tensiones a las que está sometida la población local y contribuyen a la abrogación de sus derechos humanos.

Tráfico Son notables los niveles de violencia asociados con el tráfico de drogas con destino a Europa y los Estados Unidos, especialmente en América Central y el Caribe. México se ve especialmente afectado por la violencia relacionada con las drogas debido al intenso conflicto entre bandas de traficantes fuertemente armadas y autoridades del Estado, especialmente desde que el gobierno de Calderón lanzara su guerra contra las drogas. En 2003, tras el encarcelamiento de varios cabecillas del cártel del Golfo, el de Sinaloa intentó asumir violentamente el control de las lucrativas rutas de contrabando del primero. El conflicto desató una escalada de violencia en ciudades fronterizas, donde las reacciones oficiales se vieron mermadas, en gran medida, por los altos niveles de corrupción en el mecanismo de aplicación de la ley de México.

Últimamente, la dura aplicación de la ley en el Caribe ha obligado a los traficantes de drogas a encontrar rutas alternativas para su actividad. La droga que se envía a Europa se embarca ahora a través de África Occidental, que está ahora experimentando un incremento en el consumo de drogas y la violencia relacionada con éste. Tal es el resultado del llamado 'efecto globo', que se explica en el apartado 2.2 sobre aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas.

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 y, a veces, se desarrollan relaciones de cooperación entre traficantes callejeros. El nivel de violencia en el mercado de drogas al por menor tiende a depender de la naturaleza y la estructura de los propios mercados, así como del contexto en que éstos se desarrollan.

La naturaleza de los mercados de drogas

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

- **La medida en que el comercio de drogas al por mayor se ha infiltrado en la estructura institucional de una ciudad** Ciudades en América Latina y el Caribe, donde los mercados de drogas se han entrelazado en competencia con empresas locales, el aparato burocrático y los políticos, son 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 por ganar dinero, clientes, territorio y notoriedad. 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 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 por una reducción de la concentración espacial de problemas relacionados con el mercado de las drogas en barrios pobres.
- **Condiciones socio-económicas** Las ciudades y los vecindarios que se encuentran en situación de riesgo socio-económico, y sufren de una falta de oportunidades de empleo o padecen de la segregación urbana, son los más vulnerables a los mercados de drogas y a la violencia. Las penurias materiales también generan escasa cohesión comunitaria, reduciendo la posibilidad de ejercer un control social informal sobre el consumo de drogas y la violencia.
- **Violencia del Estado** 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 crecer vertiginosamente, tal como sucedió en Tailandia en 2003 (ver más adelante)¹⁷² y como viene ocurriendo en México y Brasil.
- **La disponibilidad de armas de fuego** Los mercados de drogas inundados de armas automáticas y semiautomáticas, como es el caso de México, son naturalmente más violentos y letales que otros mercados. Una vez que se introducen armas de fuego

172 Cohen, J. (2004), 'Not enough graves: the war on drugs, HIV/AIDS, and violations of human rights', *Human Rights Watch* 16(8):1-58 <http://www.hrw.org/en/node/12005/section/2>

en un mercado de drogas, es sumamente difícil eliminarlas. 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.

Acciones que provocan un incremento de la violencia

En algunos casos, el Estado puede convertirse en una de las principales fuentes de la violencia del mercado de drogas. Incluso si dejamos de lado aquellos países donde aún se recurre a la pena de muerte para los delitos de drogas, hay otros (incluyendo, en diversos momentos, Tailandia, México y Brasil) donde las políticas para el control de drogas han llevado a elevados niveles de violencia urbana.

En la década de 1980, Brasil era una importante ruta de la droga en América Latina. Se produjo un crecimiento exponencial del consumo de cocaína en las grandes ciudades, especialmente en las *favelas* de Rio de Janeiro, acompañadas de una intensa expansión del tráfico de cocaína y la llegada de las primeras armas de fuego utilizadas en el mercado de las drogas.

En algunos casos, el Estado puede convertirse en una de las principales fuentes de la violencia del mercado de drogas.

Los jóvenes que habitaban las *favelas* en Rio veían las actividades de ocio que ofrecían los traficantes de drogas como una rara ocasión para disfrutar del entretenimiento del que carecían. Los traficantes establecieron estrechas relaciones con los niños y jóvenes de la zona, pidiéndoles primero favores sencillos (conseguir comida, agua, café) a cambio de dinero. Luego, los reclutaron con argumentos convincentes –armas, poder, mujeres, drogas y cierto grado de cambio–, transformando simbólicamente su autoritarismo en una alternativa frente al abandono del Estado.

En la década de los 90, podían encontrarse armas de gran calibre por todo Rio de Janeiro. Comenzaron a producirse procesos de ‘desterritorialización’. Grupos foráneos, sin vínculos con las comunidades locales, invadieron y tomaron control de territorios enemigos y de sus redes de tráfico de drogas, instigando una carrera armamentista entre estos grupos, y también entre ellos y la policía. En 1998, bajo la forma de un bono de productividad –el conocido en inglés como ‘Western Bonus’–, se alentó a la policía a ejecutar a traficantes. Hacia fines de la década de 1990, cientos de *favelas* en Rio se encontraban bajo el control territorial de jóvenes armados que trabajaban en el negocio de la droga.

Cuando empezó la epidemia del *crack* con el nuevo milenio, Rio de Janeiro presenció la llegada de vendedores de drogas al por menor que eran jóvenes y osados, y

Entre 2001 y 2008, los enfrentamientos entre traficantes de drogas y la policía resultaron en la muerte de (oficialmente) 7.542 civiles y 200 policías en Rio de Janeiro.

estaban fuertemente armados, desarraigados y desorganizados.¹⁷³ La intensificación de su confrontación con la policía y el uso de vehículos blindados por parte de ésta última llevó a que los traficantes adquiriesen armas con un mayor poder destructivo. Esto aceleró la carrera armamentista entre traficantes y policías y, junto con ésta, se intensificó la violencia. Entre 2001 y 2008, los enfrentamientos entre traficantes de drogas y la policía resultaron en la muerte de (oficialmente) 7.542 civiles y 200 policías en Rio de Janeiro.¹⁷⁴ Actualmente, Rio de

Janeiro es el estado brasileño con mayor tasa de muertes por uso de armas de fuego (46 muertes por cada 100.000 habitantes).

Así, políticas bien intencionadas y estrategias para el cumplimiento de la ley que se proponen controlar los mercados de drogas y la violencia asociada a éstos pueden provocar el efecto contrario. El reto para los responsables de formular políticas consiste en diseñar estrategias para el cumplimiento de la ley que inviertan esa tendencia y en generar incentivos para que los traficantes de drogas eviten los peores aspectos de la violencia, intimidación y corrupción.

Acciones exitosas

Los tres ejemplos siguientes subrayan la manera en que las acciones para el cumplimiento de la ley pueden incidir en el mercado de drogas ilegales con el fin de reducir la violencia asociada a éste.

En la ciudad estadounidense de Nueva York, la venta de drogas solía centrarse en puntos fijos de distribución, como casas o departamentos en vecindarios pobres. El modelo policial dominante consistía en llenar las prisiones con traficantes de poca monta y prestaba escasa atención a la capacidad de las bandas para continuar vendiendo drogas. Estas intervenciones dieron paso a operaciones comandadas por los servicios de inteligencia, que conllevaban un importante trabajo de vigilancia y que permitieron a la policía arrestar de golpe a cadenas enteras de suministro. Cuando los principales actores del mercado de las drogas advirtieron los peligros de estar conectados con el nivel de la calle, y se dieron cuenta de que operar desde ubicaciones fijas los exponía a un seguimiento continuo, el mercado se volvió más fluido. Así, los proveedores de drogas al por mayor empezaron a externalizar la distribución al por menor a traficantes de drogas independientes. Estos traficantes no se podían costear matones y, por ello, debían asegurar un acceso seguro a puntos de venta lucrativos apoyándose en su

173 Se cree que el PCC (Primer Comando de la Capital, facción de traficantes de drogas de São Paulo) está imponiendo el comercio de crack al Comando Rojo (de Rio de Janeiro) como condición previa al suministro de cocaína. La policía de ambos estados se muestra categórica al señalar que el crack con el que se comercia en Rio de Janeiro proviene de São Paulo. Véase: Kawaguti, L. (18/10/2009), 'Fação impõem droga a traficantes do Rio', *Jornal São Paulo Agora*, <http://www.agora.uol.com.br/saopaulo/ult10103u639581.shtml>

174 Rodrigues, R. I. & Rivero, P. (2009), *Segregação territorial e violência no Município do Rio de Janeiro* (Rio de Janeiro: IPEA), <http://www.ipea.gov.br>: se da una coincidencia entre las áreas donde se concentran las viviendas de las víctimas de la violencia y los lugares donde se concentran la delincuencia y las acciones represivas de la policía.

reputación de violencia. Esto provocó oleadas de violencia en la ciudad. Tras estos ataques, el aburguesamiento de muchas zonas de venta de drogas, combinado con un intensivo trabajo policial, presionó nuevamente al mercado a adoptar una nueva forma. La mayor disponibilidad de dispositivos como buscapersonas y teléfonos celulares permitió al mercado de la droga trasladar sus actividades a ubicaciones bajo techo, bajo un modelo de atención de pedidos a domicilio. Este modelo supone que una persona sola, o en asociación con otras, proporcione el capital para comprar la droga al por mayor. La droga se distribuye después entre un pequeño equipo de repartidores, dirigidos por despachadores. Con este modelo, las relaciones laborales son menos agresivas que en otros modelos de mercados de drogas y se evita la violencia, dado que los equipos para entrega a domicilio sólo pueden operar si pasan desapercibidos por la policía.¹⁷⁵

El mercado del *crack* en Londres (Reino Unido) ha empezado últimamente a seguir el patrón del de Nueva York al hacerse más cerrado, con menos tráfico de *crack* desde ubicaciones fijas y con traficantes que prefieren vender únicamente a personas que ya conocen. La capacidad de las agencias de tratamiento se ha expandido rápidamente y el sistema de justicia penal se ha utilizado para animar a consumidores dependientes de *crack* a que sigan un tratamiento. La policía también empezó a cerrar locales que se utilizaban como casas para consumir *crack*.

Se desplegaron varias iniciativas comunitarias que compaginaban desarrollo comunitario con trabajo juvenil y tratamiento de drogas. Entre 2002 y 2007, el número de asesinatos en Londres se redujo en un 10 por ciento y el de delitos con armas registradas cayó en un 14 por ciento.¹⁷⁶

El ejemplo más exitoso de reducción de la violencia urbana es el conocido como 'Milagro de Boston'.

El ejemplo más exitoso de reducción de la violencia urbana es el conocido como el 'Milagro de Boston' (véase el apartado 2.2 sobre la aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas). Los 'foros de bandas', en que participaban agentes de policía, miembros de las bandas, agentes de policía, pastores eclesiásticos y trabajadores sociales, así como las intervenciones para prevenir el tráfico de armas, tuvieron un significativo impacto sobre los índices de homicidio entre los jóvenes. Aunque la escala del mercado de drogas no se redujo de manera significativa, se consiguió controlar la violencia asociada a éste.¹⁷⁷

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

176 Povey, D., Coleman, K., Kaiza, P., Hoare, J. & Jansson, K. (2007), *Homicides, firearm offences and intimate violence 2006/07. 3rd edition (Supplementary Volume 2 to Crime in England and Wales 2006/07)* (London: Home Office).

177 Braga A.A. (2008), 'Pulling levers focused deterrence strategies and the prevention of gun homicide', *Journal of Criminal Justice*, Vol.36, No.4, pp.332-343; 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*, Vol.38, No.3, pp.195-225; McGarrell E.F., Chermak S, Wilson J.A. & Corsaro N. (2006), 'Reducing homicide through a "level-pulling" strategy', *Justice Quarterly*, Vol.23, No.2, pp.385-413.

Recomendaciones

- Las iniciativas de aplicación de la ley deberían centrarse más en reducir la violencia asociada con el mercado ilícito que en tratar de ganar una batalla contra los traficantes de drogas.
- Las estrategias para la aplicación de las leyes de drogas deben basarse en un claro entendimiento de la estructura y las dinámicas de mercados específicos de drogas ilícitas. ¿Qué drogas son más populares? ¿Qué forma adopta el mercado? ¿Está directamente relacionada la violencia en la localidad 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 revisar y reorganizar. Se necesitan reformas para generar un ambiente apropiado para poner en práctica políticas orientadas a reducir la violencia urbana relacionada con las drogas. Éstas deberían incluir salarios más altos y mejores mecanismos de supervisión y control para erradicar la corrupción y perseguir a quienes toman parte en ella.
- Los organismos de aplicación de la ley siempre deberían mantenerse dentro del marco del estado de derecho cuando realizan intervenciones en los mercados de drogas.
- 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 la delincuencia organizada.
- Es necesario reducir los niveles socio-económicos de pobreza y desigualdad en las ciudades, especialmente en aquellas más afectadas por los mercados de las 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://www.hks.harvard.edu/criminaljustice/publications/bgp_evaluation.pdf

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>

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?* (Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_15.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *World Drug Report*, www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf

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

4.2 Fomento de medios de vida alternativos¹⁷⁸

EN ESTE APARTADO

- ¿Por qué es importante?
- Un enfoque contraproducente
- Fomento del desarrollo en un entorno de drogas
- El ejemplo de Tailandia
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

La erradicación de cultivos es una iniciativa costosa que impacta de manera especialmente negativa en los agricultores pobres y marginalizados. Las pruebas empíricas demuestran que un enfoque de medios de vida alternativos, que implica una estrategia integral de desarrollo diseñada para mejorar la calidad de vida general de los productores campesinos, puede reducir con éxito los cultivos destinados al mercado ilícito de drogas.

¿Por qué es importante?

Reducir y, en última instancia, eliminar los cultivos empleados en la producción de drogas ilícitas son componentes centrales de las políticas de control de drogas centradas en la oferta. En América del Sur, países como Colombia, Perú y Bolivia son la principal fuente de la hoja de coca, materia prima para la producción de cocaína. En cambio, la base geográfica para el cultivo de adormidera, materia prima del opio y la heroína, ha cambiado. El Triángulo Dorado formado por Tailandia, Laos y Birmania, solía producir más del 70 por ciento de la oferta mundial de opio, la mayoría del cual se refinaba como heroína. Actualmente, y según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), apenas el 5 por ciento de la producción mundial procede de esos países. El cultivo de adormidera y la producción de opio se concentran ahora en el Creciente Dorado, las áreas productoras de adormidera en Afganistán y en países vecinos.

Es difícil determinar cuánta coca y adormidera se cultiva actualmente. Las diferencias en las estadísticas proporcionadas por el gobierno de los Estados Unidos y la ONUDD dejan ver muy claramente 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

¹⁷⁸ Este apartado de la guía se basa parcialmente en el informe siguiente: Youngers, C.A. & Walsh, J.M. (2009), *Development First: A More Humane and Promising Approach to Reducing Cultivation of Crops for Illicit Markets* (the Washington Office on Latin America), <http://www.wola.org/media/Drug%20Policy/WOLA%20Development%20First%20-%20FINAL%20TEXT.pdf>

No todos los cultivos se destinan al mercado ilícito. Pueblos indígenas han consumido estas plantas durante siglos.

hectáreas (aunque como resultado del 'efecto globo' [véase el apartado 2.2 sobre la aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas], se han producido cambios significativos en la cantidad producida por cada país). La ONUDD, en cambio, habla de una disminución. Sin embargo, 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 similar con relación al cultivo de adormidera y la producción de opio. Entre 1994 y 2007, el cultivo mundial de amapola disminuyó ligeramente, de 272.479 a 235.700 hectáreas. Sin embargo, en el mismo periodo, la producción potencial de opio aumentó de 5.620 a 8.890 toneladas. Por segundo año consecutivo, de 2008 a 2009, el cultivo de adormidera en Afganistán se redujo significativamente. Sin embargo, esta reducción del 22 por ciento se tradujo en una producción de opio apenas un 10 por ciento menor, ya que los agricultores extraían más opio de cada bulbo.

Se deben establecer fuentes de renta alternativa antes de eliminar la fuente principal de ingreso de los agricultores.

Entre las iniciativas para reducir los cultivos, están su erradicación forzosa y el desarrollo económico para brindar fuentes alternativas de ingreso a agricultores que dependen del cultivo de coca y adormidera. En la mayoría de los casos, estas estrategias se llevan a cabo de forma simultánea. Sin embargo, un número creciente de expertos y autoridades

consideran que la erradicación forzosa hace más daño que bien, y que para mantener la reducción de cultivos se deben establecer fuentes de renta alternativa antes de eliminar la fuente principal de ingreso de los agricultores. Este enfoque se implementó con éxito en Tailandia. En América Latina, el gobierno boliviano también está permitiendo una producción limitada de coca mientras se despliega toda una serie de programas de desarrollo económico.

No todos los cultivos se destinan al mercado ilícito. Los pueblos andinos han consumido la hoja de coca durante siglos y masticar coca es parte integral de ceremonias religiosas y otros ritos. El opio se ha utilizado durante mucho tiempo en Asia con fines similares. 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. Sin embargo, el sistema actual de control de drogas prohíbe los usos tradicionales de plantas que también se destinan a la producción de drogas ilícitas (véase el apartado 4.3 sobre la protección de los derechos de los pueblos indígenas).

Dos razones saltan a la vista para repensar las políticas para erradicación de cultivos. En primer lugar, muchos expertos consideran que el enfoque centrado en las plantas de coca y adormidera es el menos efectivo en términos de costos,¹⁷⁹ ya que el precio de venta de los cultivos es una parte insignificante del precio de venta de las drogas en el mercado mundial. En segundo lugar, los agricultores pobres y marginalizados sufren la peor parte del impacto negativo de la actual política.¹⁸⁰ Los pequeños agricultores que participan en el cultivo de coca y amapola lo hacen por falta de alternativas económicas viables. Sólo cuando se les brinden medios de vida alternativos podrán éstos reducir su dependencia respecto al ingreso procedente del cultivo de coca y adormidera.

El enfoque centrado en la erradicación de las plantas de coca y amapola es poco efectivo en términos de costos.

Los agricultores pobres y marginalizados sufren la peor parte del impacto negativo de la actual política.

Un enfoque contraproducente

La erradicación forzosa puede estimular la producción y alimentar los ciclos de pobreza, violencia y migración forzada (dentro y fuera de los países andinos) que se aprecian en las regiones productoras de drogas. De hecho, una erradicación aparentemente 'exitosa' puede crear incentivos perversos para estimular más aún la producción, arriesgando la sostenibilidad en el largo plazo en nombre de logros en el corto plazo. Los incentivos sobre los precios contrarrestan el impacto de la erradicación. 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.

En ciertas partes del mundo como Colombia, las campañas de fumigación aérea han dado como resultado el envenenamiento y/o desplazamiento de agricultores. Estas técnicas pueden ser devastadoras para el medio ambiente porque las tierras contaminadas se vuelven no aptas para la agricultura. La erradicación también tiende a dispersar las cosechas hacia áreas nuevas y 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.¹⁸¹ Ello vuelve el cultivo de drogas más difícil de detectar y eliminar, y difunde los problemas asociados con estos cultivos hacia nuevas áreas.

179 Moore, M. (2008), "Struggling for Solutions As Opium Trade Blossoms," *The Washington Post*, 21 de marzo de 2008, <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2008/03/20/AR2008032003456.html>

180 Youngers, C.A. & Walsh, J.M. (2009), *Development First: A More Humane and Promising Approach to Reducing Cultivation of Crops for Illicit Markets* (Washington Office on Latin America), <http://www.wola.org/media/Drug%20Policy/WOLA%20Development%20First%20-%20FINAL%20TEXT.pdf>

181 Democracy and Global Transformation Project y Transnational Institute (2007), *Hablan los Diablos: Amazonía, Coca y Narcotráfico en el Perú* (Lima, Perú).

La erradicación forzosa también incrementa las oportunidades de corrupción y refuerza a las redes delictivas. Además, aumenta la base de ganancias de fuerzas irregulares que aprovechan el ingreso generado por el tráfico ilícito de drogas o que dependen de él. En Afganistán, los esfuerzos para la erradicación de cultivos y la estricta implementación de prohibiciones del opio han contribuido a un incremento en la producción de adormidera en provincias donde el conflicto es más intenso 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.

En resumen, 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 a la erradicación, alienan a la población local y minan aún más la legitimidad del Estado. Esto, a su vez, puede impulsar el apoyo popular a los insurgentes.

La erradicación forzosa también socava la cooperación con la comunidad local que se necesita para llevar a cabo programas de desarrollo efectivos. Provoca desconfianza entre las agencias donantes, las oficinas del gobierno y las comunidades receptoras, y debilita las propias acciones de desarrollo que se requiere para liberar a los agricultores pobres de su dependencia respecto a la producción de cultivos ilícitos. La erradicación forzosa en Bolivia, antes de un acuerdo firmado en 2004 entre el gobierno y los productores de hoja de coca, resultó en protestas, enfrentamientos violentos y ataques contra edificios de proyectos de desarrollo alternativo. Esto sucedió, en parte, porque la asistencia para 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 acuerdo adicional alguno con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos 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.

En la medida en que los agricultores involucrados en el cultivo de coca y amapola tienden a ser marginalizados y vulnerables, implementar programas de erradicación forzosa antes de brindar medios de vida alternativos los hunde más profundamente en la pobreza. 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 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.

Fomento del desarrollo en un entorno de drogas

Los programas de medios de vida alternativos se proponen brindar oportunidades legales y económicas a agricultores que cultivan coca y adormidera para reducir su dependencia con respecto a los ingresos que éstas generan. El concepto ha evolucionado con el tiempo, de un simple enfoque de sustitución de cultivos a un enfoque de desarrollo alternativo, llevado a cabo en la mayoría de los países con una combinación de desarrollo rural y acciones de aplicación de la ley. Un enfoque de medios de vida alternativos – una estrategia de desarrollo más integral promovida actualmente por algunas agencias donantes internacionales– está diseñado para mejorar la calidad de vida de los campesinos productores en términos generales. Ello incluye mejor acceso a servicios de salud, educación y vivienda; desarrollo de infraestructura y otros servicios públicos; y generación de ingresos, como la industrialización de productos agrícolas y oportunidades de empleo fuera de la agricultura.¹⁸²

Este enfoque supone la incorporación o integración de programas de desarrollo alternativo a estrategias integrales de desarrollo rural y crecimiento económico. Específicamente, requiere integrar las estrategias para la reducción de cultivos de coca y adormidera en iniciativas de desarrollo locales, regionales y nacionales. Sólo cuando la calidad de vida general y los ingresos hayan mejorado, se podrá reducir o eliminar exitosamente los cultivos destinados al mercado ilícito. En áreas donde quienes cultivan amapola reciben adelantos de los traficantes para comprar semillas, debe ofrecerse a los agricultores las mismas ventajas para permitirles cambiar de un cultivo ilegal a otro legal. En ese punto, la reducción de cultivos debe ser voluntaria, en colaboración con la comunidad local. Este enfoque supone ver a quienes cultivan coca o adormidera no como delincuentes, sino como socios en la promoción del desarrollo.¹⁸³

La consolidación nacional y la promoción de la gobernabilidad 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.

Un enfoque de medios de vida alternativos es una estrategia de desarrollo más integral diseñada para mejorar la calidad de vida de los campesinos productores en términos generales. El enfoque supone ver a quienes cultivan coca o adormidera, no como delincuentes sino como socios en la promoción del desarrollo.

182 Mansfield D. (2006), *Development in a Drugs Environment: A Strategic Approach to 'Alternative Development'*, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).

183 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).

Pese a la creciente aceptación de un enfoque de medios de vida alternativos, éste rara vez se ha puesto en práctica. Se considera que Tailandia ha sido el país que ha desarrollado este modelo con mayor éxito. Este país consiguió eliminar prácticamente el cultivo de adormidera mediante acciones de desarrollo integral y participativo, así como de consolidación nacional, desplegadas a lo largo de 30 años.

El ejemplo de Tailandia¹⁸⁴

A partir de 1969, el gobierno tailandés trató de integrar a la vida nacional a las comunidades de la región montañosa y, después, desarrolló y realizó actividades de desarrollo económico sostenidas 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 hospitales y escuelas, así como infraestructura para el desarrollo como caminos, redes de electricidad y suministro de agua. Los programas de desarrollo alternativo 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.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, por ejemplo, el desarrollo de la floricultura como alternativa al cultivo de amapola llevó, en última instancia, a la multiplicación por 50 de las ganancias de los productores locales.

El enfoque tailandés evolucionó con el tiempo. Al principio, las agencias donantes internacionales definieron la estrategia con escasa participación de las comunidades locales o incluso del gobierno tailandés. La segunda fase, sin embargo, involucró

plenamente al gobierno del país (con el respaldo público del rey, hecho muy significativo políticamente). Finalmente, surgió un enfoque sobre 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 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; y de una secuenciación adecuada.

184 Youngers, C.A. & Walsh, J.M. (2009), *Development First: A More Humane and Promising Approach to Reducing Cultivation of Crops for Illicit Markets* (Washington Office on Latin America), <http://www.wola.org/media/Drug%20Policy/WOLA%20Development%20First%20-%20FINAL%20TEXT.pdf>; Re-nard, R.D. (2001), *Opium Reduction in Thailand 1970 – 2000, A Thirty Year Journey* (United Nations International Drug Control Program, Regional Center for East Asia and the Pacific).

La experiencia de Tailandia también apunta a la importancia de una adecuada sucesión de etapas o secuenciación. Las acciones para la reducción de cultivos no se iniciaron hasta 1984, tras 15 años de desarrollo económico sostenido. Aunque inicialmente sí tuvo lugar cierta erradicación forzosa, una secuenciación adecuada permitió a los campesinos 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. Todo el proceso tomó cerca de 30 años. Sin embargo, los resultados de la estrategia tailandesa han demostrado ser sostenibles, ya que actualmente apenas persisten parcelas muy pequeñas de cultivo de amapola. No obstante, del lado negativo, se ha producido un incremento en el uso de metilamfetamina en la región desde la década de 1990.¹⁸⁵

Se recomienda considerar con cierta precaución la posibilidad de replicar el modelo tailandés en otros lugares. En primer lugar, en Tailandia los agricultores cultivaban la adormidera en zonas fértiles, donde era fácil producir otras cosechas. Aunque ello benefició el trabajo de desarrollo, tales circunstancias no siempre están disponibles 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 declinaron conjuntamente. Aunque estos factores en particular pueden dificultar la replicación 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.

185 Advisory Council on the Misuse of Drugs (2005), *Methylamphetamine review* (UK), <http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/ACMD-meth-report-November-20052835.pdf?view=Binary>

Recomendaciones

- Décadas de experiencia en el fomento del desarrollo alternativo demuestran que reducir los cultivos de coca y adormidera es un problema de largo plazo que requiere una solución de largo plazo. En última instancia, el éxito depende del logro de metas más generales de consolidación nacional y desarrollo. 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 florece el cultivo de coca y amapola.
- Las acciones para la reducción de cultivos se deben integrar en los esfuerzos de desarrollo. Se debería tener en cuenta el impacto potencial de políticas y programas sobre el cultivo de coca y amapola, y darse pasos para maximizar los impactos positivos y minimizar los negativos. En las tareas de promoción del desarrollo en un entorno de drogas deberían de participar diversos ministerios y organismos, así como grupos de la sociedad civil.
- Resulta esencial una secuencia de etapas apropiada. Antes de la erradicación, deben establecerse medios de vida alternativos y sostenibles, y mejorarse la calidad de vida.¹⁸⁶ Un documento del Secretariado de la ONUDD en 2008 recomienda que los Estados miembros, al considerar la posibilidad de adoptar medidas de erradicación, se aseguren “de que las familias de los pequeños agricultores hayan adoptado medios de vida viables y sostenibles, a fin de que las medidas se puedan aplicar en sucesión correcta y de manera sostenible”. Un enfoque de medios de vida alternativos también incorpora el concepto de ‘desarrollo alternativo preventivo’¹⁸⁷ en áreas que se podrían utilizar para producir cultivos para el mercado ilícito.
- La asistencia económica no debería estar condicionada al cumplimiento previo de metas de reducción de cultivos. Es evidente que la erradicación forzosa o la exigencia de la eliminación de cultivos antes de proveer de ayuda económica pueden funcionar en el corto plazo. Sin embargo, en el mediano o largo plazos, los agricultores vuelven a plantar sus cultivos para asegurar sus ingresos o entran en nuevas áreas donde les es más fácil evitar

186 United Nations Office on Drugs and Crime (2005), *Alternative development: A global thematic evaluation* (Vienna: UNODC), http://www.unodc.org/pdf/Alternative_Development_Evaluation_Dec-05.pdf; World Bank (2005), *Afghanistan: State building, sustaining growth and reducing poverty*, http://siteresources.worldbank.org/INTAFGHANISTAN/Resources/0821360957_Afghanistan--State_Building.pdf; United Nations Office on Drugs and Crime Secretariat's Report (2008), *Results attained by member states in achieving the goals and targets set at the twentieth special session of the General Assembly, the limitations and problem encountered and the way forward; international cooperation on the eradication of illicit drug crops 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).

187 El ‘desarrollo alternativo preventivo’ se refiere a una estrategia basada en el desarrollo socio-económico y la conservación ambiental como medios 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.un.org/docs/ecosoc/jump2ods.asp?symbol=E/2006/28>

ser detectados. Con una adecuada secuencia de etapas, 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 ilegal.

- Las comunidades locales deben estar estrechamente involucradas en el diseño, la implementación, la supervisión y la evaluación de las acciones de desarrollo. Ello incluye a líderes comunitarios, organizaciones locales como grupos de productores, y a los mismos agricultores. Una participación comunitaria significativa es la piedra angular de cualquier programa de desarrollo efectivo. Una conferencia internacional sobre desarrollo alternativo, organizada por el gobierno alemán en 2002, concluyó que un enfoque participativo significa más que una consulta: requiere de un diálogo serio en el que las comunidades reciben amplio margen de acción para negociar.¹⁸⁸ Posteriores informes de las Naciones Unidas han subrayado también la importancia de la participación de la comunidad en tales esfuerzos.
- Los resultados no deberían medirse en términos de hectáreas de cultivos erradicados. Antes bien, los programas se deberían evaluar usando indicadores de desarrollo humano y socio-económico; es decir, indicadores que midan el bienestar de la sociedad.¹⁸⁹

188 La documentación sobre la Conferencia en Feldafing está disponible en: <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-alternative-development.pdf>

189 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 en marzo de 2008, E/CN.7/2008/2/Add.2, 17 de diciembre de 2007, p. 21.

Recursos clave

Kramer, T., Jelsma, M. & Blickman, T. (2009), *Withdrawal Symptoms in the Golden Triangle: A Drugs Market in Disarray* (The 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'*, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).

Renard, R.D. (2001), *Opium Reduction in Thailand 1970 – 2000, A Thirty Year Journey* (United Nations International Drug Control Program, Regional Center for East Asia and the Pacific).

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), *Development First: A More Humane and Promising Approach to Reducing Cultivation of Crops for Illicit Markets* (Washington Office on Latin America), <http://www.wola.org/media/Drug%20Policy/WOLA%20Development%20First%20--%20FINAL%20TEXT.pdf>

4.3 Protección de los derechos de los pueblos indígenas

EN ESTE APARTADO

- ¿Por qué es importante?
- Erradicación forzosa
- Desarrollo alternativo
- Estigmatización de plantas tradicionales
- Recomendaciones
- Recursos clave

Mensaje clave

Muchos aspectos de la actual política de drogas, incluida la prohibición general sobre el uso tradicional de ciertas plantas o las campañas de erradicación de cultivos, violan derechos de los pueblos indígenas consagrados en tratados de las Naciones Unidas.

¿Por qué es importante?

Durante generaciones, muchas personas de todo el mundo han usado con fines tradicionales y culturales plantas que han sido proscritas por las convenciones sobre drogas de las Naciones Unidas. En América Latina, la hoja de coca ha tenido durante mucho tiempo amplias 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 en las tradiciones hindú e islámica. Estas sustancias también se han empleado medicinalmente durante miles de años, especialmente para el tratamiento del reumatismo, la migraña, la malaria, el cólera y para facilitar la práctica de la cirugía. En la India, estas plantas también proveen grano alimenticio, aceite de semillas y fibra para productos industriales.

Sin embargo, las convenciones sobre drogas de la ONU clasifican estas plantas como dañinas y sujetan su producción, distribución y consumo a un control global. La Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes de la ONU reconoce que las plantas consideradas internacionalmente dañinas sí poseen ciertos fines tradicionales y establece que las medidas orientadas a la erradicación de cultivos y la demanda “tendrán debidamente en cuenta los usos tradicionales lícitos, donde al respecto exista la evidencia histórica” (artículo 14, párrafo 2). Sin embargo, en la práctica, los gobiernos que han concentrado sus esfuerzos en la erradicación forzosa y en sanciones contra todos los consumidores de drogas tienden a hacer caso omiso de este artículo.

El Convenio 169 de 1989 de las Naciones Unidas sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes estipula 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”.¹⁹⁰

Además de los derechos humanos universales reconocidos en convenciones internacionales, los pueblos indígenas disfrutaban 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.

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 la mayoría de los gobiernos, apoyan actualmente estos logros. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas de 2007 reconoce el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación y la autonomía; el derecho a mantener, proteger y desarrollar manifestaciones culturales del pasado, presente y futuro (artículo 11); el derecho a mantener sus medicinas y prácticas de salud tradicionales (artículo 24); y el derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas (artículo 31).¹⁹¹ La declaración no es vinculante según el derecho internacional, pero representa un importante avance en el reconocimiento de los derechos indígenas. También brinda a los gobiernos un código exhaustivo de buenas prácticas que se espera que sea plenamente reconocido por todos los Estados en el futuro.

Erradicación forzosa

Las políticas para controlar la oferta de drogas, orientadas a eliminar la materia prima destinada a la producción de drogas ilícitas, tienen un impacto desproporcionado sobre los grupos vulnerables y las comunidades marginalizadas, como minorías étnicas, campesinos, poblaciones rurales, migrantes de zonas rurales y grupos indígenas.

Las campañas de erradicación de cultivos ilícitos a menudo violan los derechos humanos de estas poblaciones porque causan degradación ambiental y problemas de salud, y afectan a su cultura y tradiciones. La Convención de 1988 de la ONU expresa claramente en el artículo 14, párrafo 2: “Las medidas que se adopten deberán respetar los derechos humanos fundamentales y tendrán debidamente en cuenta los usos tradicionales lícitos, donde al respecto exista la evidencia histórica”. En Perú y Bolivia, la hoja de coca aún constituye parte importante de las costumbres y tradiciones de un

¹⁹⁰ 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>

¹⁹¹ La Declaración fue firmada por la mayoría de los países miembros de las Naciones Unidas. Sin embargo, algunos países con gran influencia –como los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Brasil– se han negado a apoyar el documento.

sector significativo de la población. En Perú, la hoja de coca no sólo es utilizada por los pueblos indígenas sino también por las clases medias, quienes la consumen como una infusión o la añaden a sus comidas como complemento. Ello no obstante, el gobierno peruano centra sus políticas antidrogas en programas militarizados de intercepción y erradicación forzosa, que se han traducido en mayores niveles de corrupción, desorden social y económico en regiones cocaleras y, en muchos casos, abusos de los derechos humanos de las poblaciones indígenas y campesinas.

En la mayoría de los países, las fuerzas armadas o la policía llevan a cabo la erradicación forzosa manualmente o a través de la fumigación aérea. En Bolivia, las políticas antidrogas apoyadas por los Estados Unidos han estado centradas desde hace mucho tiempo en la erradicación de la coca. Recientemente, el gobierno boliviano cambió su estrategia y reconoció oficialmente el uso tradicional de la hoja de coca como patrimonio cultural en la Constitución de 2008.¹⁹² Pese a esta mejora constitucional, la 'Ley 1008' (1988) aún rige las políticas sobre drogas y ha llevado a considerables abusos de los derechos humanos. Bajo esta ley, muchas personas, especialmente indígenas pobres, han sufrido arrestos arbitrarios y permanecido detenidas por largos períodos a la espera de ser juzgadas. La ley también ha empeorado el hacinamiento en las prisiones de todo el país. Sin embargo, el Nuevo Código de Procedimiento Penal (1999) trató de abordar esta situación, mejorando significativamente el tiempo promedio que las personas permanecen detenidas a la espera de juicio, así como las sentencias por delitos relacionados con las drogas.

En países donde ocurren choques violentos entre grupos armados que pugnan por controlar el tráfico de drogas o que se enfrentan a las fuerzas del orden, la erradicación forzosa ha militarizado las áreas de producción, colocando a la población campesina local (incluidas comunidades indígenas) en medio del campo de batalla. El Plan Colombia, una estrategia contrainsurgente y antidrogas que lanzó una campaña generalizada de erradicación de cultivos, 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 este territorio. El Plan Colombia no ha llevado a una reducción global de la producción de cocaína en Colombia. En lugar de ello, ha creado una grave crisis humanitaria, provocando el desplazamiento de gran número de personas y generando mayores niveles de pobreza. La presencia de grupos armados restringe el movimiento de personas y alimentos. Tal situación deja a las comunidades alienadas y

Las campañas de erradicación de cultivos ilícitos a menudo violan los derechos humanos de estas poblaciones en tanto causan degradación ambiental y problemas de salud, y pueden representar un ataque directo contra su cultura y tradiciones.

192 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 registrará mediante la ley".

empobrecidas en situación de vulnerabilidad ante el reclutamiento por parte de grupos armados. Estos grupos no reconocen las leyes indígenas ni a sus autoridades. Así, las poblaciones indígenas y los campesinos se ven arrastrados al conflicto y se convierten en blanco fácil de los tiroteos.

Estos programas deben evitarse, en vista de los impactos negativos de la erradicación forzosa sobre los derechos culturales, sociales, económicos, sanitarios, ambientales y de seguridad de los pueblos indígenas y las comunidades locales. Los programas de erradicación de cultivos deben desplegarse en colaboración con las comunidades locales y brindándoles medios de vida alternativos.

Desarrollo alternativo

En algunos casos, incluso donde las actividades de erradicación están acompañadas de iniciativas de desarrollo alternativo del gobierno, estos programas no incorporan diferentes paradigmas y modelos de desarrollo, ni las visiones de los pueblos indígenas y los usos que éstos hacen de sus territorios para la agricultura. Ello contradice el derecho de los pueblos indígenas a determinar cómo administrar sus propios territorios,

tal como está estipulado en la declaración de 2007. En algunos casos, los programas de desarrollo alternativo intentan cultivar variedades que no están adaptadas al medio ambiente local. Ello suele llevar a los campesinos pobres a plantar nuevamente cultivos ilícitos como un medio de vida.

El desarrollo alternativo no es una 'solución mágica'. Estas medidas se deben organizar en secuencias apropiadas, de modo que los agricultores nunca se vean privados de sus medios de vida.

El desarrollo alternativo no es una 'solución mágica'. Estas medidas se deben organizar en secuencias apropiadas y se deben adoptar antes poner en práctica cualquier plan de reducción

de cultivos, de modo que los agricultores nunca se vean privados de sus medios de vida. Los programas se deben desarrollar en colaboración con la población del lugar, después de evaluar las posibilidades locales para el desarrollo de cultivos y acceso al mercado, y respetando los derechos y las tradiciones de los pueblos indígenas. Para más información sobre desarrollo alternativo, véase el apartado 4.2 sobre fomento de medios de vida alternativos.

Estigmatización de plantas tradicionales

Existen numerosas evidencias del uso tradicional de la hoja de coca entre muchas comunidades indígenas en la región andino-amazónica. Durante mucho tiempo, los pueblos indígenas han reclamado su derecho a cultivar y consumir la hoja de coca, y a producir otros derivados naturales de ésta para perpetuar sus tradiciones culturales

y religiosas. También reivindican el uso de la coca para generar ingresos a través de la comercialización de productos naturales.

Existen numerosas evidencias del uso tradicional de la hoja de coca entre muchas comunidades indígenas.

La comunidad internacional ha ignorado en gran medida los atributos tradicionales de la hoja de coca. La Convención de 1961 la clasificó como una sustancia controlada e incluye dos artículos por los que se prohíbe la masticación de las hojas de coca en un lapso de 25 años.¹⁹³

El mantenimiento de la prohibición contraviene otros acuerdos internacionales. El artículo 14 de la Convención de 1988 incluye el concepto de 'uso tradicional'. Este artículo, sin embargo, no se respeta y, a menudo, se malinterpreta la diferencia entre el consumo de la hoja de coca y el de cocaína. Considerando cuán difícil es extraer el alcaloide, la mera presencia de cocaína en la hoja de coca no debe justificar el actual nivel de control internacional. Debe establecerse una clara diferencia entre el régimen para controlar el consumo de la hoja y aquel aplicable al alcaloide refinado. La hoja de coca se debe distinguir de la cocaína, y la primera se debe retirar del sistema de clasificación para el control de drogas.

Esta prohibición también demuestra una visión equivocada 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 las Naciones Unidas a abolir lo que ellos consideran una saludable tradición ancestral. La afirmación de que masticar coca causaba desnutrición entre los pueblos indígenas y actuaba como un agente de degeneración moral ayudó a justificar la clasificación de la hoja como una sustancia controlada. Sin embargo, un estudio realizado en Harvard demostró en 1975 que la coca era no sólo una fuente de nutrientes, sino que también se masticaba después de las comidas como un componente digestivo.¹⁹⁴

Las justificaciones sin fundamento del actual régimen de prohibición se centran en la degradación ambiental supuestamente generada por los cultivos ilícitos y su conexión con el narcotráfico. Las autoridades nacionales no han reconocido que es la criminalización del cultivo y la consiguiente ocupación humana de la cuenca amazónica lo que ha causado gran parte de la degradación ambiental. La propia erradicación forzosa ha llevado a muchos agricultores a trasladar sus cultivos a áreas remotas de la selva tropical, como los parques nacionales de Colombia y Bolivia, con la consiguiente deforestación y destrucción ambiental.

193 Artículos 26 y 49, párrafo 2(e) de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Véase: Metaal, P., Jelsma, M., Argandoña, M., Soberón, R., Henman, A. y Echeverría, X. (2006), *Drogas y Conflicto documentos de debate 13 - ¿Coca sí, cocaína no? Opciones legales para la hoja de coca* (Transnational Institute), <http://www.tni.org/es/briefing/coca-si-cocaina-no>

194 Duke, J.A., Aulik, D. & Plowman, T. (1975), 'Nutritional value of coca'. *Botanic Museum Leaflets Harvard University* 24(6):113-118.

Recomendaciones

- Los compromisos internacionales, especialmente aquellos que provienen de mecanismos legales de derechos humanos que forman el núcleo del derecho internacional, se deben respetar en todo momento. Los gobiernos deberían abordar las discrepancias entre las convenciones sobre drogas de la ONU y los acuerdos internacionales de derechos humanos, incluidos los derechos de los pueblos indígenas.
- Se debería reconocer el carácter histórico, cultural y tradicional de ciertas plantas destinadas al mercado ilícito de las drogas, así como sus potenciales beneficios. A escala nacional, se necesitan nuevas leyes y normativas para garantizar el cultivo controlado de plantas para tales fines.
- Es necesario asegurar la plena participación de todos los sectores interesados en el desarrollo de políticas referidas a la reducción de la oferta. Los gobiernos no pueden seguir centrándose en la criminalización de los agricultores y en la erradicación forzosa de cultivos ilícitos. En lugar de ello, deberían centrarse en la asistencia para el desarrollo en colaboración con las comunidades culturales afectadas, para diseñar proyectos que sean alcanzables en la práctica y que respeten sus derechos económicos, sociales y culturales.
- Las medidas para la reducción de la oferta se deben realizar en una secuencia apropiada. Sólo una vez que se hayan establecido medios de vida alternativos, podrán los responsables de la formulación de políticas empezar a trabajar con organizaciones comunitarias locales para reducir, y posiblemente eliminar, los cultivos destinados al mercado ilícito de las drogas.
- Se requiere un nuevo enfoque para evaluar el impacto de los programas de medios de vida alternativos, que no se centran en el número de hectáreas de cultivos erradicadas, sino en indicadores de desarrollo humano.

Recursos clave

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*, http://www.idpc.net/php-bin/documents/BFDPP_RP_13_Recal_Regime_EN.pdf

Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989), <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/lima/publ/conv-169/convenio.shtml>

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007), <http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/es/drip.html>

Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas (1992), www.acnur.org/biblioteca/pdf/1424.pdf

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Foro Mundial de Productores de Cultivos Declarados Ilícitos (2009), *Declaración política*, <http://fmpcdi.org/declaracion/declaracionfinal-FMPCDI.pdf>

Henman, A. y Metaal, P. (2009), *Drogas y Conflicto documentos de debate 17 – Los mitos de la coca* (Transnational Institute), <http://www.tni.org/es/briefing/los-mitos-de-la-coca>

International Drug Policy Consortium (2008), *IDPC Advocacy Note – The UN Drug Policy Review, International Cooperation on the Eradication of Illicit Crops and on Alternative Development*, http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC_Advo_CEADWG_June08_EN.pdf

Jelsma, M. (2008), *El estado actual del debate sobre políticas de drogas: tendencias de la última década en la Unión Europea y las Naciones Unidas* (Transnational Institute), <http://www.tni.org/es/article/el-estado-actual-del-debate-sobre-pol%C3%ADticas-de-drogas>

Metaal, P., Jelsma, M., Argandoña, M., Soberón, R., Henman, A. y Echeverría, X. (2006), *Drogas y Conflicto documentos de debate 13 - ¿Coca sí, cocaína no? Opciones legales para la hoja de coca* (Transnational Institute), <http://www.tni.org/es/briefing/%C3%A1-coca-s%C3%AD-coca%C3%ADna-no>

Quimbayo Ruiz, G.A. (2008), *Informe sobre políticas de drogas 28 – Cultivos de uso ilícito y ecocidio* (Transnational Institute), <http://www.tni.org/es/briefing/cultivos-de-uso-il%C3%ADcito-y-ecocidio>

Glossary

Abstinencia	Privación del consumo de drogas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos.
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 provoca dependencia. La cocaína también puede ingerirse por vía oral, frecuentemente junto con alcohol, y los consumidores de opiáceos y cocaína tienden a inyectársela por vía 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 es 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 <i>crack</i> . Otra forma de cocaína fumada es la pasta base de cocaína, denominada también "bazuco" o "paco" en países latinoamericanos.
Consumo de drogas	Autoadministración de una sustancia psicoactiva.
Consumo de drogas por vía intravenosa	Término englobado en 'consumo de drogas por vía parenteral'.
Consumo de drogas por vía parenteral	También conocido como usuarios de drogas inyectables (UDI); las inyecciones pueden ser intramusculares, subcutáneas, intravenosas (VI), etc.
Consumo problemático de drogas	Término que alude a un consumo 'sin control' y fuente de un elevado riesgo para los individuos que lo practican y la comunidad. Suele conllevar el consumo dependiente de heroína, cocaína o metanfetaminas inyectadas, aunque el concepto se centra más en la conducta que en la sustancia. El consumo de cannabis, por tanto, también puede ser problemático. Se caracteriza fundamentalmente por el consumo compulsivo, la falta de conciencia del riesgo, la marginación social, los problemas sanitarios, la participación en actividades delictivas y el conjunto de conductas caóticas asociadas a un consumo de sustancias sin control.
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 (sustancias controladas o fiscalizadas) a escala local, nacional o internacional. Término que equivale a política en materia de drogas o estupefacientes.

Convenciones sobre drogas de Naciones Unidas

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 (1961, modificada por el Protocolo de 1972). Más adelante, se sumaron el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.

Dependencia de drogas

Aplicado a las drogas, el término 'dependencia' implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-III-R, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. En 1964, un Comité de Expertos de la OMS introdujo el término 'dependencia' para sustituir a los de 'adicción' y 'habituación'. Por regla general, el término puede utilizarse en referencia a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia o dependencia de drogas, dependencia de sustancias químicas, dependencia del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o a una clase de drogas concreta. La dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos. La dependencia psicológica o psíquica se aplica al deterioro del control sobre el uso de alcohol o de drogas, mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia. En los debates centrados en la biología, el término 'dependencia' suele emplearse únicamente en referencia a la dependencia física. Las expresiones 'dependencia' o 'dependencia física' se utilizan también en psicofarmacología en sentido aún más estricto para designar exclusivamente la aparición de síntomas de abstinencia al suspender el consumo de la sustancia.

Descriminalización

Revocación de leyes o normas que definen como delictivo un comportamiento, un producto o un estado. A veces se aplica además a una reducción de la gravedad de un delito o de las penas que conlleva, por ejemplo, cuando se rebaja la sanción por posesión de marihuana, que pasa de ser un delito castigado con la detención y penas de cárcel, a una infracción castigada con una amonestación o una multa. Así, normalmente se diferencia entre la descriminalización y la legalización, que consiste en la revocación completa de cualquier definición como delito, acompañada a menudo por un esfuerzo del gobierno para controlar o influir en el mercado del producto o sobre el comportamiento afectado.

Desintoxicación

(1) Proceso mediante el cual una persona deja de sufrir gradualmente los efectos de una sustancia psicoactiva.

(2) Entendido como procedimiento clínico, proceso de abandono (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.

Normalmente, al comienzo de la desintoxicación la persona presenta síntomas clínicos de intoxicación o de abstinencia. Los procedimientos de desintoxicación pueden o no implicar la administración de medicamentos. Cuando es así, el medicamento administrado suele ser un fármaco que tiene tolerancia cruzada y dependencia cruzada con la sustancia tomada por el paciente. Se calcula la dosis para aliviar el síndrome de abstinencia sin inducir intoxicación y se va retirando gradualmente conforme el paciente se recupera. La desintoxicación como procedimiento clínico exige la supervisión del paciente hasta que se recupera completamente de la intoxicación o del síndrome de abstinencia física. En ocasiones se emplea el término 'autodesintoxicación' para denotar la recuperación sin ayuda de un episodio de intoxicación o de los síntomas de abstinencia.

Despenalización

Entraña la reducción del nivel de las sanciones asociadas a los delitos de drogas, de forma que se recurra con menor asiduidad a las penas carcelarias.

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.

Droga ilegal o ilícita

Sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal; lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción. El término más exacto 'mercado de drogas ilegales' hace referencia a la producción, distribución y venta de cualquier droga o medicamento fuera de los canales legalmente permitidos.

Heroína/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 interaccionan con los mismos receptores específicos del cerebro, tienen la capacidad de aliviar el dolor y producen una sensación de bienestar (euforia). Los alcaloides opiáceos y sus análogos sintéticos también provocan estupor, coma y depresión respiratoria cuando se consumen en dosis altas. Los opioides también pueden producir analgesia, cambios del estado de ánimo, depresión respiratoria, somnolencia, retraso psicomotor, habla farfullante, alteración de la concentración o la memoria y alteración del juicio. Con el tiempo, la morfina y sus análogos inducen tolerancia y cambios neuroadaptativos que son responsables de la hiperexcitabilidad de rebote que aparece cuando se retira la sustancia. El consumo de opioides tiene numerosas secuelas físicas (debidas sobre todo a la vía de administración habitual, la intravenosa). Se trata, entre otras, de hepatitis B, hepatitis C, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, septicemia, endocarditis, neumonía y abscesos pulmonares, etc. La afectación psicosocial y social, que a menudo refleja la naturaleza ilícita del uso no médico de estas sustancias, es considerable.

Hojas de coca

Hojas del arbusto de la coca, *Erythroxylon coca*, que de forma tradicional se mastican o se chupan 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.

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 ilegales, 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.

Prevención de la recaída

Conjunto de procedimientos terapéuticos utilizados para ayudar a los afectados a evitar o a superar la vuelta al consumo o recaída hacia un consumo no controlado de una sustancia. Estos procedimientos pueden emplearse junto con un tratamiento o con otros métodos terapéuticos. Los pacientes aprenden estrategias de afrontamiento que pueden usar para evitar situaciones que se consideran precipitantes peligrosos de una recaída y aprenden, mediante técnicas de repetición mental y de otros tipos, a reducir al mínimo el consumo de sustancias una vez que se ha producido una caída o tropiezo.

Problema relacionado con las drogas

Todo efecto adverso del consumo de drogas, en especial, de las de uso ilegal. 'Relacionado' no implican necesariamente causalidad. El término se acuñó por analogía con 'problema relacionado con el alcohol', pero se utiliza menos, ya que es el propio consumo de drogas, y no sus consecuencias, el que tiende a considerarse un problema; puede emplearse para referirse a los problemas a escala individual o social. En el control internacional de drogas, se tienen en cuenta los problemas relacionados con las drogas para establecer un nivel de control para una sustancia controlada a través de la valoración por la OMS del potencial de dependencia y de la predisposición al abuso de la droga.

Prueba de cribado	<p>Instrumento o procedimiento de evaluación, ya sea biológico o psicológico, cuyo objetivo principal es descubrir, en una población dada, al mayor número posible de personas que tengan en esos momentos una enfermedad o un trastorno determinado o que corran el riesgo de padecerlo en algún momento. Las pruebas de cribado no suelen ser diagnósticas en sentido estricto, si bien un resultado positivo irá seguido normalmente de una o varias pruebas definitivas para confirmar o rechazar el diagnóstico sugerido por la prueba de cribado. Una prueba de sensibilidad elevada es capaz de identificar la mayoría de los casos verdaderos de la enfermedad que se está evaluando. En cambio, la especificidad es la capacidad de la prueba para excluir los casos falsos; es decir, cuanto mayor sea la especificidad, menos probabilidades habrá de que la prueba proporcione resultados positivos en personas que realmente no padecen la enfermedad en cuestión. El término 'instrumento de cribado' también es de uso generalizado, sobre todo para referirse a un cuestionario o una intervención breve.</p>
Reacción adversa a una sustancia	<p>En el contexto de consumo de sustancias, el término indica una reacción tóxica física o psicológica a una sustancia.</p>
Recaída	<p>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.</p>
Reducción de la demanda	<p>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 ilegales, 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.</p>
Reducción de la oferta	<p>Término general que se utiliza para referirse a las políticas o los programas dirigidos a prohibir la producción y la distribución de drogas, en especial, las estrategias para hacer cumplir las leyes reduciendo el suministro de drogas ilegales.</p>
Rehabilitación	<p>Proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sustancias 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 diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o una casa de "medio camino", formación profesional y experiencia laboral. Puede incluir también TSO a largo plazo o 'tratamiento de mantenimiento'. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad.</p>

Síndrome de abstinencia

Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos 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.

La abstinencia de los opiáceos se acompaña 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. El comportamiento para conseguir la sustancia es prioritario y se mantiene cuando han remitido los síntomas físicos.

La abstinencia de los estimulantes ('bajón' o 'crash') está peor definida que los síndromes de abstinencia de sustancias depresoras del sistema nervioso central; destaca la depresión, que se acompaña de malestar general, apatía e inestabilidad.

Sobredosis

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 legales que las de drogas ilegales. La sobredosis puede producir efectos pasajeros o prolongados e incluso la muerte; la dosis mortal de una sustancia concreta varía en cada persona y según las circunstancias.

Trastornos debidos al consumo de sustancias

Grupo de enfermedades que están relacionadas con el consumo de drogas. Los apartados F10 a F19 de la CIE-10, 'Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas', describen una amplia variedad de trastornos de distinta intensidad y forma clínica, pero que tienen en común el consumo de una o varias sustancias psicoactivas, que pueden haberse obtenido con o sin receta médica.

Tratamiento de sustitución de opioides

El tratamiento de sustitución de opioides (TSO) alude a la administración bajo supervisión médica de fármacos (normalmente opioides de acción prolongada, como la metadona y la buprenorfina) que impiden que el paciente experimente síntomas de abstinencia como consecuencia de la dependencia de opiáceos. Permite, por ejemplo, que un consumidor dependiente de la heroína logre salir del ciclo de dependencia de la sustancia: la adquisición y el consumo cotidianos de la sustancia, así como la obtención de fondos para ello. Una vez sale de este complejo ciclo de delincuencia, problemas sanitarios, estrés, etcétera, el paciente del TSO puede empezar a centrarse en modos de vida alternativos.

Uso compartido de agujas

Empleo de jeringuillas u otros instrumentos de inyección por más de una persona, especialmente como vía de administración de una droga. Implica el riesgo de transmisión de virus (como el VIH y el virus de la hepatitis B) y bacterias. Muchas de las intervenciones relacionadas con el consumo de drogas, como el mantenimiento con metadona y los intercambios de agujas y jeringuillas, se han diseñado total o parcialmente para eliminar el uso compartido de agujas.

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) es una red mundial integrada por ONG y redes profesionales que está especializada en cuestiones relacionadas con el uso y la producción de drogas ilegales. El Consorcio trabaja para fomentar 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 fundan sobre evidencias científicas que reducen eficazmente el daño relacionado con las drogas. La red elabora informes periódicos, difunde los informes de sus organizaciones miembro sobre cuestiones específicas relacionadas con las drogas y ofrece servicios de asesoría a encargados de políticas y funcionarios de todo el mundo. Los miembros del IDPC cuentan con una amplia experiencia en el análisis de políticas de drogas y han contribuido a debates sobre políticas a escala nacional e internacional.

Esta guía sobre políticas de drogas se redactó en 2009, fruto de una labor de investigación y consulta con nuestra red de expertos. Su objetivo es ofrecer a nuestros socios regionales y nacionales un recurso que puedan utilizar para orientar la revisión de las políticas y los programas nacionales de drogas en sus respectivos campos de especialización y para interactuar con responsables de políticas con el fin de colaborar hacia la mejora de dichas políticas y programas. La guía se actualizará anualmente para reflejar las novedades que vayan surgiendo con las investigaciones de base empírica y el desarrollo de experiencias.



Teléfono: +44 (0) 20 7324 2975

Fax: +44 (0) 20 7324 2977

Email: afordham@idpc.net

Web: www.idpc.net

ISBN – 0-904932-07-9