



GUÍA SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS DEL IDPC

3ª EDICIÓN



Agradecimientos

El IDPC desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas por la redacción de los capítulos de la 3ª edición de la Guía sobre políticas de drogas del IDPC:

- Andrea Huber (Directora de Políticas, Penal Reform International)
- Benoit Gomis (Analista independiente de seguridad internacional, investigador asociado de Chatham House y de la Universidad Simon Fraser)
- Christopher Hallam (Coordinador de investigación, IDPC)
- Coletta Youngers (Consultora, IDPC y Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos)
- Diana Guzmán (Investigadora asociada, Dejusticia, profesora adjunta en la Universidad Nacional de Colombia y doctoranda en la Universidad de Stanford)
- Diederik Lohman (Director Adjunto, División de Salud y Derechos Humanos, Human Rights Watch)
- Gloria Lai (Coordinadora sénior de políticas, IDPC)
- Jamie Bridge (Coordinador sénior de políticas y operaciones, IDPC)
- Marie Nougier (Coordinadora sénior de investigación y comunicaciones, IDPC)
- Mike Trace (Presidente de la Junta, IDPC)
- Steve Rolles (Analista sénior de políticas, Transform Drug Policy Foundation)

También agradecemos a las siguientes personas su valioso aporte en la revisión de los capítulos:

- Ann Fordham (IDPC)
- Christopher Hallam (IDPC)
- Constanza Sánchez Avilés (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service)
- Corina Giacomello (INACIPE; Equis: Justicia para las Mujeres, México)
- Damon Barrett (Universidad de Essex, Centro Internacional de Derechos Humanos y Políticas de Drogas)
- Daniel Wolfe (Programa de Desarrollo Internacional de Reducción de Daños, Open Society Foundations)
- Danny Kushlick (Transform Drug Policy Foundation)
- Dave Bewley Taylor (IDPC, Universidad de Swansea, Observatorio Global de Políticas de Drogas)
- Dave Borden (StoptheDrugWar.org)

- Eric Gutierrez (Christian Aid)
- Fabienne Hariga (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito)
- George McBride (Beckley Foundation)
- Gloria Lai (IDPC)
- Graham Bartlett (Ex superintendente en jefe de la Policía de Sussex)
- Gregor Burkhardt (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías)
- Inés Giménez
- Jamie Bridge (IDPC)
- Javier Sagredo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)
- Jean-Felix Savary (Groupement Romand d'Etudes en Addictologie)
- Juan Fernández Ochoa (IDPC)
- Katherine Pettus (International Association for Hospice and Palliative Care)
- Luciana Pol (Centro de Estudios Legales y Sociales)
- Marcus Keane (Ana Liffey Drug Project)
- Maria Phelan (Harm Reduction International)
- Marie Nougier (IDPC)
- Martin Jelsma (Transnational Institute)
- Matt Southwell (Partner Coact, cooperativa de apoyo técnico dirigida por pares)
- Mike Trace (IDPC)
- Natasha Horsfield (Health Poverty Action)
- Niamh Eastwood (Release)
- Pien Metaal (Transnational Institute)
- Raquel Peyraube (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service)
- Rebecca Schleifer (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)
- Ricardo Soberón (Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos)
- Ricky Gunawan (Community Legal Aid Institute, LBH Masyarakatakat)
- Tom Blickman (Transnational Institute)
- Willem Scholten (Consultor independiente)

Finalmente agradecemos a las siguientes personas su valioso aporte en la traducción de la Guía al español:

Traductores: Beatriz Martínez y Enrique Bossio; con la revisión de: Ernesto Cortés (ACEID), Juan Ballestas (Acción Técnica Social), Juan Fernández Ochoa (IDPC), Martín Collazo (Prolegal/Proderechos) y Sergio Chaparro (Dejusticia).

Índice

Agradecimientos	
Abreviaturas	2
Prólogo : Kofi Annan	3
Introducción de la Directora Ejecutiva y del Presidente de la Junta del IDPC	4
Capítulo 1: Principios en materia de políticas	6
<u>Principio 1: Las políticas de drogas deberían desarrollarse mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y la evidencia</u>	<u>7</u>
<u>Principio 2: Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias dañinas del uso de drogas ilícitas y sus mercados, en vez de reducir su escala</u>	<u>9</u>
<u>Principio 3: Las políticas de drogas deberían desplegarse en total conformidad con las normas internacionales de derechos humanos</u>	<u>11</u>
<u>Principio 4: Las políticas de drogas deberían fomentar la integración social de grupos marginados y no centrarse en medidas punitivas hacia ellos</u>	<u>14</u>
<u>Principio 5: Las políticas de drogas se deberían desarrollar y aplicar sobre la base de relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil</u>	<u>16</u>
Capítulo 2: Políticas y programas de salud	21
<u>2.1 Clasificación e inclusión en listas de sustancias</u>	<u>23</u>
<u>2.2 Garantizar el acceso a sustancias controladas para fines médicos y científicos</u>	<u>31</u>
<u>2.3 Prevención del consumo de drogas</u>	<u>36</u>
<u>2.4 Reducción de daños</u>	<u>43</u>
<u>2.5 Tratamiento de la dependencia de drogas</u>	<u>51</u>
Capítulo 3: Justicia penal	65
<u>3.1 Descriminalización de personas que usan drogas</u>	<u>67</u>
<u>3.2 Mercados regulados de drogas</u>	<u>75</u>
<u>3.3 Proporcionalidad de las penas para delitos de drogas</u>	<u>80</u>
<u>3.4 Alternativas al encarcelamiento</u>	<u>86</u>
<u>3.5 Modernización de la aplicación de leyes sobre drogas</u>	<u>93</u>
<u>3.6 Políticas centradas en salud en prisiones y otros entornos cerrados</u>	<u>100</u>
Capítulo 4: Drogas, desarrollo y derechos de grupos indígenas	121
<u>4.1 Un enfoque de control de drogas orientado al desarrollo</u>	<u>123</u>
<u>4.2 Promoción de medios de vida sostenibles</u>	<u>130</u>
<u>4.3 Derechos de grupos indígenas</u>	<u>137</u>
Glosario	148

Abreviaturas

ACMD	Consejo Asesor sobre el Uso Indevido de Drogas (Reino Unido)
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
BUZA	Ministerio del Interior de los Países Bajos
CAHR	Acción Comunitaria para la Reducción de Daños
CAM	Centro de Coordinación para la Evaluación y Monitoreo de Nuevas Drogas (Países Bajos)
CE	Comisión Europea
CND	Comisión de Estupefacientes
COIP	Código Orgánico Integral Penal (Ecuador)
COUD	Centros obligatorios para usuarios de drogas
DMT	<i>N,N</i> -Dimetiltriptamina
ECDD	Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud
ENACO	Empresa Nacional de la Coca (Perú)
ETA	Estimulantes de tipo anfetamínico
IDPC	Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México)
INPUD	Red Internacional de Personas que Usan Drogas
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
LEAD	Derivación Asistida por las Autoridades Policiales (Estados Unidos)
LSD	Dietilamida de ácido lisérgico
MDMA	3,4-metilenedioxi-metanfetamina
NSP	Nueva sustancia psicoactiva
NYNGOC	Comité de ONG de Nueva York sobre Drogas
OACDH	<i>Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos</i>
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONDCP	Oficina de Política Nacional de Control de Drogas (Estados Unidos)
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
PAJ	Programa de agujas y jeringuillas
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
TSO	Terapia de sustitución de opioides
UE	Unión Europea
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones
UPP	Unidad de Policía Pacificadora (Brasil)
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VNGOC	Comité de ONG de Viena sobre Drogas

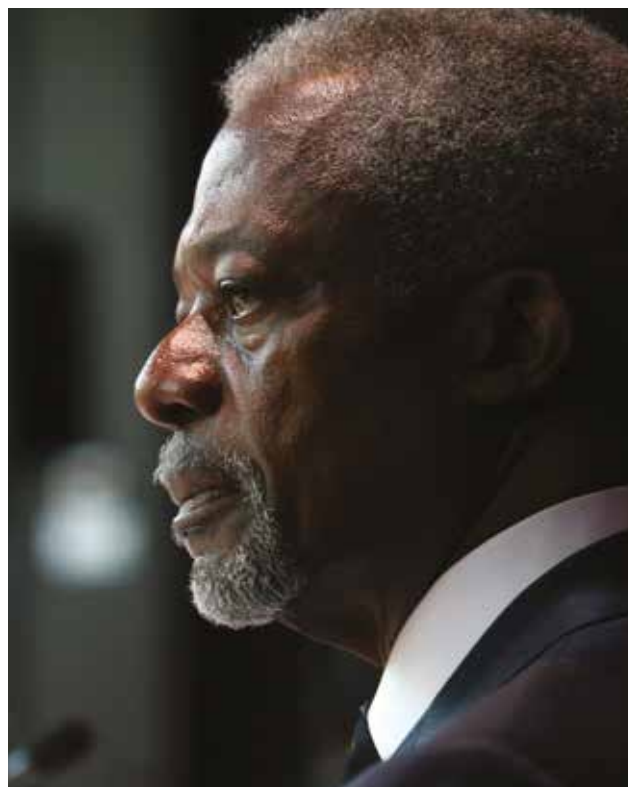
Prólogo

Creo que las drogas han destruido muchas vidas, pero las malas políticas de los gobiernos han destruido muchas más. Para una persona joven, tener antecedentes penales por un delito menor de drogas puede constituir una amenaza mucho mayor a su bienestar que un uso ocasional de drogas. Lo que la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ha llamado “consecuencias imprevistas” de nuestras políticas durante los últimos 50 años incluye el encarcelamiento generalizado y la creación de un enorme mercado negro internacional y delictivo que alimenta la violencia, la corrupción y la inestabilidad. Lamentablemente, el de las políticas de drogas nunca ha sido un ámbito en el que las decisiones se basen en la evidencia y la eficacia. Con demasiada frecuencia, parece que lo que imperan son argumentos ideológicos. Sin embargo, la intención original de las políticas de drogas, según la Convención Única sobre Estupefacientes de la ONU, era proteger “la salud física y moral de la humanidad”. Debemos reorientar las políticas hacia este objetivo.

En 2011, la Comisión Global de Políticas de Drogas se puso en marcha para romper el tabú sobre el debate de la reforma de las políticas de drogas en los principales foros políticos. Llegamos a la conclusión de que la “guerra contra las drogas” global ha fracasado. Debemos aceptar que un mundo sin drogas es un espejismo y, en lugar de ello, centrarnos en asegurar que provoquen los menores daños posibles al menor número posible de personas. Esto significa garantizar que muera menos gente por sobredosis, y no que más pequeños delincuentes terminen en prisión, donde sus problemas de drogas empeoran aún más. El uso de drogas es nocivo y reducir esos daños es una tarea que le corresponde al sistema de salud pública, no a los tribunales.

Sostenemos que son la evidencia científica y una profunda preocupación por la salud y los derechos humanos lo que debe determinar las políticas de drogas. Es hora de adoptar un enfoque más inteligente y basado en la salud. Esto significa acabar con la criminalización y la demonización de las personas que usan drogas y de aquellos que han cometido delitos de drogas menores y no violentos. A estas personas se les debería ofrecer apoyo, no castigarlas. Necesitamos un sistema equilibrado que enfatice en la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo, además de la aplicación de la ley.

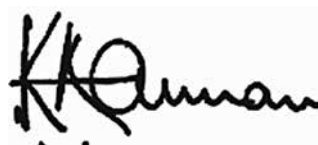
En estos momentos, nos encontramos en una encrucijada sobre cómo el mundo responde a las cuestiones de drogas. La Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre drogas que tendrá lugar en abril de 2016 será un hito importante en el camino hacia un enfoque más humano y eficaz. Felicito al Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas por su incansable labor para orientar este camino, proporcionando una voz y una visibilidad colectivas a los miembros de la sociedad civil que lo integran y a una gran diversidad de socios, como la Fundación Kofi Annan y su trabajo sobre políticas de drogas en África Occidental. El papel



Fotografía: Eric Lefevre

de la sociedad civil a la hora de cuestionar y evaluar las políticas de drogas, e influir en ellas, ha aumentado extraordinariamente en los últimos años. En efecto, el Consorcio celebra este año su décimo aniversario, y se ha convertido en una fuente sólida y valiosa de análisis y conocimientos sobre políticas de drogas, además de un gran activo para muchos funcionarios y responsables de políticas gubernamentales de todo el mundo.

Por lo tanto, celebro con satisfacción esta tercera edición de la Guía sobre políticas de drogas del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. Esta edición de la Guía sobre políticas de drogas es el resultado de toda una década de análisis y experiencias sobre el terreno; un exhaustivo compendio de buenas prácticas en materia de políticas de drogas que reflejan los tres pilares de las Naciones Unidas: paz y seguridad, desarrollo, y el Estado de derecho y el respeto de los derechos humanos. La Guía sobre políticas de drogas representa el trabajo colectivo de autores de todo el mundo que han recopilado un amplio acervo de evidencias y experiencias en un formato conciso y legible para los responsables de políticas. Esta guía les será de valiosa ayuda cuando se embarquen en la labor de revisar y modernizar sus políticas y programas de drogas.



Kofi Annan

Fundador y presidente de la Fundación Kofi Annan, séptimo secretario general de las Naciones Unidas (1997-2006) y premio Nobel de la Paz (2001)

Introducción de la Directora Ejecutiva y del Presidente de la Junta del IDPC

Es para nosotros un gran placer presentar la tercera edición de la *Guía sobre políticas de drogas* del IDPC coincidiendo con el décimo aniversario de nuestra red. Esta edición es más exhaustiva y con miras al futuro que las anteriores, y plasma el alcance y la diversidad del Consorcio, que ha ido creciendo tanto en riqueza geográfica como temática desde que nació, hace diez años.

Esta Guía recopila evidencias, buenas prácticas y experiencias de todo el mundo para ofrecer un análisis especializado que abarque todo el espectro de las políticas de drogas. Este análisis ha sido posible gracias a la colaboración de muchos miembros del IDPC – incluidas redes de las principales poblaciones afectadas – y es el único documento de su clase que ofrece un estudio tan amplio e integral sobre qué funciona y qué no en el campo de las políticas de control de drogas.

La necesidad de un análisis y una orientación progresistas en materia de políticas que se basen en las evidencias y la experiencia es hoy mayor que nunca en un entorno normativo en constante cambio y reforma. Se trata de un momento emocionante, ya que las voces que abogan por reorientar las políticas de drogas para garantizar que estén en consonancia con los derechos humanos, la salud pública, el desarrollo y la seguridad humana son más fuertes que nunca, y se han puesto en marcha reformas progresistas – o se está estudiando hacerlo – en varios países del mundo.

Sin embargo, en demasiados casos, las políticas de drogas siguen viéndose impulsadas por la ideología más que por la ciencia y las evidencias. Los gobiernos han tendido a poner un acento excesivo en reducir el mercado ilícito de drogas a través de medidas fundamentalmente punitivas y represivas, a pesar de la falta de avances logrados con este enfoque. La incómoda verdad es que las drogas se usan de forma más extendida, son de más fácil acceso, e igual de asequibles y potentes hoy como siempre;¹ ha resultado imposible obstaculizar de forma significativa y sostenible los mercados ilícitos de drogas a pesar de los miles de millones de dólares destinados a tal fin. Además, no se pueden seguir justificando los graves daños colaterales provocados en aras de erradicar el comercio mundial de drogas. Estos daños colaterales incluyen, aunque no están limitados a, epidemias de VIH y hepatitis entre las personas que se inyectan drogas, el encarcelam-

iento en masa de millones de personas por delitos de drogas menores y no violentos, el menoscabo de los medios de vida básicos de subsistencia de agricultores que producen cultivos destinados al mercado ilícito, y en algunas partes del mundo una violencia e inseguridad generalizadas alimentadas por una respuesta “de mano dura” contra los cárteles de drogas por parte de los gobiernos.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de desarrollar políticas y programas que representen el uso más eficaz posible de los fondos públicos para proteger la salud y el bienestar de su ciudadanía, y de garantizar respuestas normativas que no exacerben la vulnerabilidad social y económica ni den lugar a violaciones de los derechos humanos. Por lo tanto, es hora de modernizar nuestras respuestas al actual mercado global de drogas, que se está diversificando rápidamente.

Las evidencias revelan que los daños relacionados con drogas se pueden abordar de forma eficaz con políticas más equilibradas y humanas que prioricen la salud pública y los derechos humanos. Esto exige reconsiderar las leyes y políticas nacionales de control de drogas – un proceso que esta Guía busca apoyar – además de cambiar las narrativas en torno a las drogas, y hacer que el sistema de fiscalización internacional de drogas se adecue a la finalidad para la que fue creado.

En cada sección, presentamos recomendaciones y lecturas adicionales para ayudar a los lectores, tanto responsables de políticas como socios de la sociedad civil, a promover políticas de drogas eficaces, equilibradas y humanas a escala nacional, regional e internacional.

Cada capítulo de la Guía repasa un desafío o principio normativo concreto, y ofrece consejos y recomendaciones:

- El capítulo 1 describe los cinco principios básicos en materia de políticas en los que coinciden todos los miembros del IDPC como base de nuestro trabajo colectivo de incidencia política
- El capítulo 2 esboza los temas clave relacionados con la salud pública, desde la clasificación de sustancias y el acceso a medicamentos esenciales, a la prevención de drogas, la reducción de daños y los servicios de tratamiento
- El capítulo 3 ofrece algunas pautas sobre el sistema de justicia penal, como las alternativas al encarcelamiento, la imposición de penas proporcionadas, los mercados regulados y la descriminalización, y las políticas en las cárceles
- El capítulo 4, finalmente, aborda el tema del

desarrollo, los medios de vida alternativos y los derechos de grupos indígenas.

A través de su red mundial de miembros y expertos, el IDPC también puede proporcionar a los responsables de la formulación de políticas asesoría y apoyo especializados para adaptar nuestras recomendaciones a contextos locales; entre otros, ofrecemos

materiales escritos, presentaciones, diálogos con responsables de políticas, viajes de estudio y actividades para la formación de capacidades. Para más información, póngase en contacto con nosotros: contact@idpc.net. Esperamos recibir sus comentarios y opiniones sobre la Guía, y mantenemos nuestro compromiso de seguir actualizando, refinando y mejorando este documento.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "A. Fordham".A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. Trace".

Capítulo 1:

Principios en materia de políticas

El IDPC fomenta cinco principios fundamentales para la formulación y la aplicación de políticas de drogas nacionales e internacionales, que se analizarán en detalle en este primer capítulo. Todas las orientaciones y recomendaciones propuestas en la Guía sobre políticas de drogas del IDPC se han desarrollado sobre la base de estos principios:

- **Principio 1:** Las políticas de drogas deberían desarrollarse mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y la evidencia
- **Principio 2:** Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias dañinas del uso de drogas ilícitas y sus mercados, más que en reducir su escala
- **Principio 3:** Las políticas de drogas deberían desplegarse en total conformidad con las normas internacionales de derechos humanos
- **Principio 4:** Las políticas de drogas deberían fomentar la integración social de grupos marginados y no centrarse en medidas punitivas hacia ellos
- **Principio 5:** Las políticas de drogas se deberían desarrollar y aplicar sobre la base de relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil.

Principio 1:

Las políticas de drogas deberían desarrollarse mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y la evidencia

Dada la complejidad de los factores que influyen en los niveles y los patrones de producción, suministro y consumo de drogas en cualquier territorio, los gobiernos deberían adoptar un enfoque integral para desarrollar respuestas normativas eficaces y equilibradas. El proceso de formulación de políticas a escala nacional debería incluir los componentes siguientes:

Investigación del problema

Existe una grave falta de datos en torno a los niveles y los patrones de producción, tráfico y uso de drogas en todo el mundo. Para poder desarrollar una política de drogas fundamentada, es necesario recopilar tanta información como se pueda sobre el mercado ilícito de drogas mediante consultas amplias. En estas deberían participar funcionarios gubernamentales, pero también expertos, académicos, ONG y quienes se ven más directamente afectados por las políticas de drogas (como las personas que las consumen y los agricultores de subsistencia).

Identificación de los objetivos de alto nivel

Perseguir un mundo o un país sin drogas no es realista y es contraproducente: ningún país ha estado nunca remotamente cerca de alcanzar este objetivo. Sin embargo, un enfoque normativo centrado en la erradicación y en la eliminación de los mercados ilícitos de drogas conduce a consecuencias negativas generalizadas, daños colaterales, violaciones de derechos humanos y daños a la salud pública. Teniendo en cuenta que los mercados de drogas no son inherentemente peligrosos ni nocivos, los objetivos de las políticas de drogas deberían emanar de una evaluación que determine qué consecuencias de los mercados y el uso de drogas son más perjudiciales para la sociedad en un contexto específico. Una evaluación de los principales daños relacionados con las drogas, y por ende la selección de las prioridades de acción, se debería efectuar con la participación de la sociedad civil y de las comunidades afectadas, en especial representantes de personas que usan drogas y agricultores de subsistencia.

Selección de las actividades que desplegará el gobierno y de los apoyos para la consecución de los objetivos

Cada vez se dispone de más evidencias para orientar a los responsables de formular políticas en el desarrollo de normas y programas que sean más eficaces

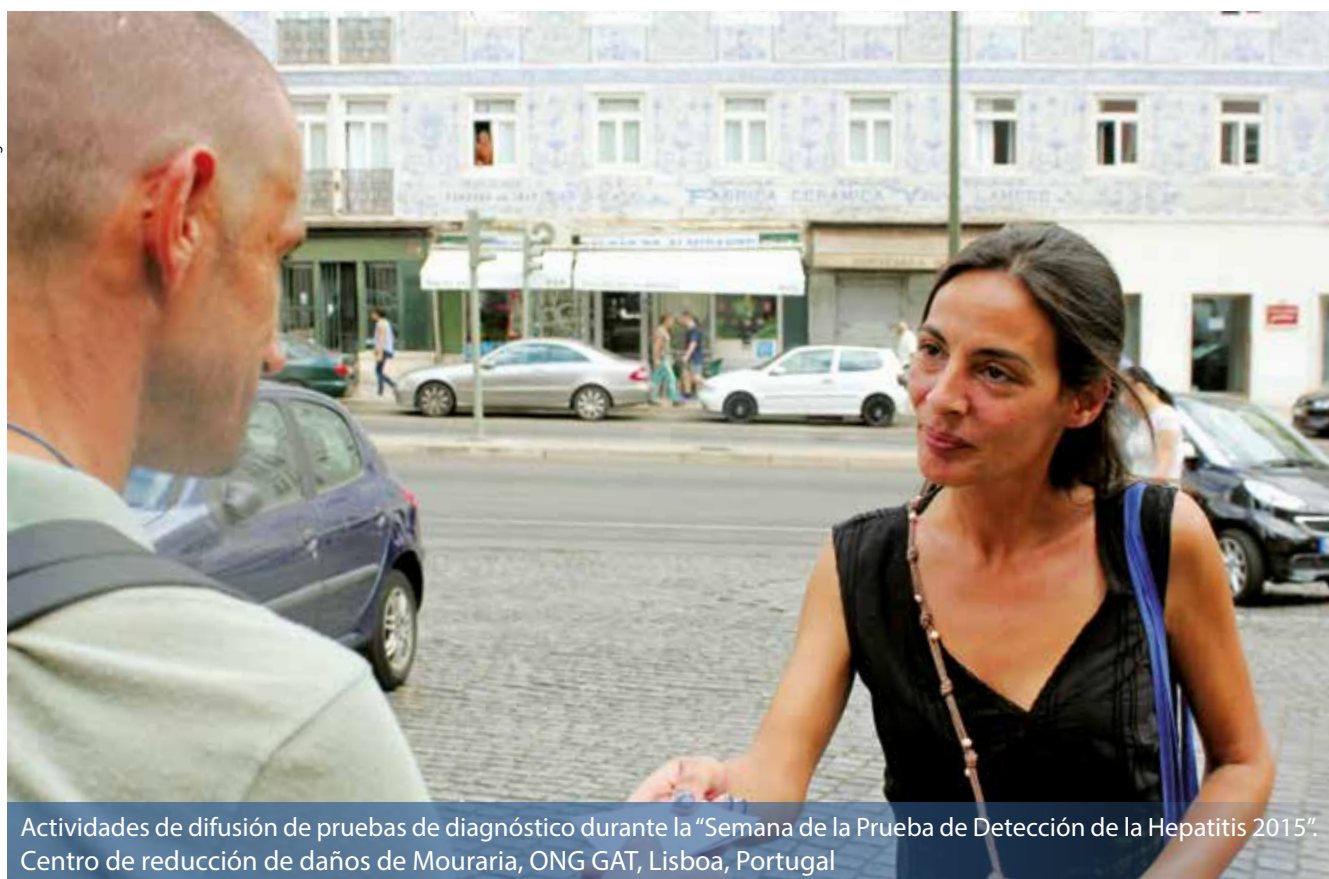
para lograr los objetivos descritos en el punto anterior. Por ejemplo, la oferta de una gama de programas de tratamiento de drogas basados en evidencia puede reducir la dependencia y los delitos contra la propiedad (véase el capítulo 2.5),² mientras que los programas de agujas y jeringuillas han reducido las infecciones de VIH y hepatitis C (véase el capítulo 2.4).³ Aunque la variedad y el alcance de las actividades se verán inevitablemente constreñidos por la disponibilidad de recursos, la prestación de medidas eficaces se traducirá en un mayor ahorro, al rebajar los costes financieros asociados con problemas sociales, de salud y de delincuencia, y garantizará mejores resultados sociales y de salud.⁴

Clarificación del papel de los departamentos u organismos responsables de las actividades, y de los mecanismos de coordinación entre ellos

Los problemas de drogas de una sociedad no se pueden solucionar mediante una sola dependencia u organismo del gobierno. Una estrategia integral e integrada exige cooperación y coordinación entre muchos entes gubernamentales, incluidos los que trabajan en los ámbitos de salud, asuntos sociales, justicia, educación y asuntos exteriores. La ejecución exitosa de los programas debería darse en asocio con las autoridades locales, los grupos comunitarios y de base confesional, las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades afectadas, como las personas que usan drogas y los agricultores de subsistencia.

Asignación de recursos para respaldar estas actividades

Las estrategias nacionales en materia de drogas difieren considerablemente en lo que se refiere a los recursos asignados a la fiscalización de drogas y sus diversos componentes. Por otro lado, el gasto en ámbitos como la atención de la salud, la educación, la justicia penal y la aplicación de la ley en general puede ser difícil de determinar, y puede que no se evalúe explícitamente su impacto en la consecución de los objetivos fijados por la estrategia de drogas. Los responsables de la formulación de políticas deben tener en cuenta los fondos "proactivos" que se gastan en financiar medidas normativas sobre drogas (es decir, en actividades de aplicación de la ley, campañas de prevención, reducción de daños y servicios de tratamiento de la dependencia de drogas), y el consiguiente ahorro



Actividades de difusión de pruebas de diagnóstico durante la “Semana de la Prueba de Detección de la Hepatitis 2015”. Centro de reducción de daños de Mouraria, ONG GAT, Lisboa, Portugal

que se puede alcanzar en el gasto “reactivo” (como, por ejemplo, responder a la delincuencia relacionada con las drogas, la pérdida de actividad económica, el tratamiento del VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea, etc.). En la mayoría de entornos, la parte más importante de los fondos disponibles se destina a organismos de aplicación de la ley; en efecto, se calcula que, cada año, se gastan miles de millones de dólares en políticas represivas en todo el mundo.⁵ Otros sectores, como la salud pública, suelen recibir mucha menos atención, lo cual lleva a una crisis global de financiación de servicios de reducción de daños basados en la evidencia.⁶ Sin embargo, desviar apenas una pequeña parte del gasto destinado a la aplicación de la ley hacia la salud pública tendría un impacto enorme en los daños relacionados con drogas.⁷

Articulación del alcance y cronogramas de la estrategia

Si el objetivo es aprender de los éxitos y los fracasos en las políticas de drogas, es fundamental establecer mecanismos sólidos para evaluar el impacto de las estrategias en este ámbito. Esto requiere fijar objetivos y cronogramas, y comprometerse con la realización de revisiones objetivas y estructuradas de forma periódica (por ejemplo, cada cinco años). Aunque algunos países han elaborado estrategias nacionales de drogas de carácter integral que incluyen objetivos claros, muy pocos han revisado su estrategia de forma sistemática, objetiva y transpar-

ente. La falta de evaluaciones científicas puede dar lugar a que se sigan aplicando medidas ineficaces y se pierdan oportunidades para adoptar enfoques más efectivos. Dado que ningún país ha conseguido resolver plenamente los problemas asociados con los mercados y el uso ilícitos de drogas, los responsables de adoptar políticas deben buscar constantemente mejores respuestas, basándose en evidencia y experiencias, y no por la influencia de ideologías, intereses políticos o resistencia al cambio.

Identificación de indicadores adecuados para evaluar los avances

La evaluación de los logros de las políticas de drogas ha tendido a centrarse en indicadores de proceso en la aplicación de estrategias de lucha contra las drogas, es decir, en el número de detenciones, incautaciones o castigos. Estos indicadores no han resultado ser una buena guía para alcanzar reducciones reales en los problemas sociales o de salud relacionados con drogas. Ni siquiera el aumento o la disminución del consumo general de drogas indican, por sí solos, si se están logrando los resultados sociales y de salud deseados. En función de los contextos locales, estos resultados prioritarios para una estrategia nacional de drogas deberían enmarcarse en términos de minimizar los problemas sociales y de salud, y de maximizar el desarrollo social y económico (para más información, véase el principio 2).

Principio 2:

Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias dañinas del uso de drogas ilícitas y sus mercados, en vez de reducir su escala

Los gobiernos han centrado gran parte de sus iniciativas de control de drogas en reducir las dimensiones de los mercados usando medios punitivos, con el convencimiento de que, de este modo, se acabarían reduciendo los daños relacionados con drogas.⁸ En el momento en que se redactaron las convenciones sobre drogas de la ONU, se daba por sentado que la mejor forma de alcanzar estos objetivos sociales y de salud consistía en acabar con la oferta ilícita de drogas y encarcelar a las personas que las usan, producen o suministran. Estas iniciativas han sido infructuosas: a pesar de toda la inversión política y financiera en políticas represivas durante los últimos 50 años, la oferta y el consumo de sustancias sometidas a control internacional están más extendidos que nunca.⁹ En teoría, reducir las dimensiones de los mercados de drogas podría conducir a disminuir también los daños, pero en la práctica ha sucedido, por lo general, lo contrario. 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;¹⁰ y una acción contra una sustancia determinada puede llevar a las personas a pasarse a otras sustancias que pueden resultar más nocivas.¹¹

Los datos oficiales también ponen de manifiesto que existe muy poca correlación entre los números de detenciones, incautaciones o cultivos erradicados y el precio y la pureza de las drogas en la calle.¹² Esta correlación es aún más escasa en lo que se refiere a resultados importantes para las personas y las comunidades, como mejor salud pública, mayor seguridad y más bienestar comunitario. Limitarse a perseguir el objetivo a largo plazo de “una sociedad sin drogas” no es una política sostenible y ha propiciado que la atención y los recursos se desvíen a programas ineficaces, mientras que a los programas sociales y de salud que han demostrado reducir los daños relacionados con drogas se los priva de recursos y apoyo político.

En los mercados de consumo, la detención indiscriminada de personas que consumen drogas no reduce el uso, sino que exacerba los problemas sociales y de salud. Criterios como el número de detenciones o la represión contra drogas o redes de tráfico concretas son, por lo tanto, de poca relevancia para alcanzar los resultados deseados. En lugar de ello, las políticas de-

berían perseguir mitigar la delincuencia relacionada con drogas, mejorar la seguridad de las comunidades y reducir los problemas de salud relacionados con drogas, como las sobredosis y las infecciones de VIH y hepatitis C.

Del mismo modo, las campañas de erradicación de cultivos en los países productores tampoco ponen freno a la entrada de drogas a los mercados de consumo, pero sí provoca importantes problemas sociales, económicos, de salud y ambientales en las comunidades donde se cultivan plantas destinadas al mercado ilícito de drogas. Las mediciones de proceso que se aplican en el ámbito de la reducción de la oferta –la extensión de los cultivos erradicados y los niveles de producción de drogas– son también unos indicadores de progreso poco sólidos. Como el impacto local de estos programas de erradicación ha mostrado resultados desiguales, el mercado general para las drogas producidas sigue fundamentalmente intacto, ya que las áreas y los métodos de producción van mejorando y adaptándose para responder a la acción policial.

Las personas implicadas en los niveles más bajos de la cadena de tráfico también son quienes soportan los mayores costes de las políticas prohibicionistas. Estas políticas han llevado al encarcelamiento en masa y han exacerbado la pobreza y la exclusión social, afectando de forma desproporcionada a las mujeres que participan en el mercado ilícito como “mulas” o correos de drogas,¹³ así como a los jóvenes y a las minorías étnicas (para más información, véase el capítulo 3.4).¹⁴

En este contexto, las políticas deberían procurar reducir la violencia centrándose específicamente en los aspectos más violentos y perjudiciales de los mercados ilícitos de drogas, en lugar de dirigirse contra aquellas personas en los niveles más bajos de la cadena de drogas. Las políticas de drogas también deberían tratar de mejorar el desarrollo social y económico de comunidades vulnerables y marginalizadas.

El concepto de reducción de daños – que se podría definir como un conjunto de “políticas, programas y prácticas que buscan fundamentalmente reducir los daños asociados con el uso de drogas sin reducir necesariamente el consumo en sí”¹⁵ – ha demostrado su eficacia para mejorar los indicadores sociales y de salud entre las personas que usan drogas, y se debería

Cuadro 1 Los criterios del éxito: indicadores de resultados para estrategias nacionales de drogas

A la hora de comprender la eficacia de distintos programas y estrategias de drogas, es importante tener claros desde el principio los objetivos para los que está concebida la política en cuestión. Las políticas de drogas deberían entenderse como un elemento que contribuye a objetivos sociales más amplios en el ámbito de la salud, el desarrollo y la seguridad. Los gobiernos deberían articular un conjunto de objetivos e indicadores de resultados que se ajusten a sus circunstancias específicas, pero unas directrices generales sobre los posibles ámbitos que deberían abarcar incluirían:

- **Salud** – Una reducción en el número de muertes por sobredosis; una reducción en las infecciones de VIH o hepatitis relacionadas con drogas; una reducción en el número de personas que experimentan dependencia de drogas; y una mejor gestión del alivio del dolor y los cuidados paliativos a través de un mejor acceso a medicamentos esenciales.
- **Derechos humanos** – La eliminación de la pena de muerte por delitos de drogas; el cierre de centros obligatorios para personas que usan drogas; acceso mejorado a la justicia para las víctimas de abusos de los derechos humanos vinculados con operaciones de aplicación de la ley; acceso mejorado a servicios sociales y de salud adaptados a los jóvenes y con perspectiva de género.
- **Desarrollo** – Una gobernanza y unas autoridades legítimas reforzadas; el desarrollo de

economías lícitas; el alivio de la pobreza en zonas de producción, tráfico o venta al por menor concentrada de drogas, mediante estrategias de desarrollo rural y urbano que abarquen el acceso a educación, empleo, tierra, apoyo social, infraestructuras mejoradas y mejor acceso a mercados lícitos, etc.

- **Seguridad** – Una reducción de la violencia relacionada con los mercados de drogas; una reducción en el poder y el alcance de la delincuencia organizada; una reducción en la corrupción y el blanqueo de capitales; una reducción en los desplazamientos internos relacionados con medidas de reducción de la oferta; una reducción en el número y el porcentaje de las personas encarceladas por delitos de drogas de carácter menor y no violento; una reducción en los delitos violentos y contra la propiedad asociados con la dependencia de drogas, con especial énfasis en las medidas represivas que se centran en los aspectos más nocivos del mercado ilícito de drogas, y no en traficantes de pequeña escala y no violentos, personas que usan drogas y comunidades agrícolas vulnerables.

Toda estrategia o programa de control de drogas se debería evaluar de forma explícita teniendo en cuenta en qué medida alcanzan o contribuyen a alcanzar estos resultados.

aplicar a todos los aspectos de las políticas de drogas. Los responsables de formular tales políticas deben articular de forma explícita los daños concretos que buscan reducir; diseñar y proporcionar recursos para programas y políticas que cuenten con una evidencia razonable de su eficacia para mitigar dichos daños; y evaluar dichos programas y políticas con el fin de garantizar que proporcionen los resultados deseados.¹⁶

Esto exige abandonar los indicadores centrados en la aplicación de la ley (como detenciones e incautaciones) e incorporar indicadores de daños reales, como los niveles de delincuencia violenta y corrupción asociados con el tráfico de sustancias, indicadores de desarrollo social y económico de las comunidades en zonas de cultivo de drogas, y mejoras en el bienestar socio-económico y de salud.

Principio 3:

Las políticas de drogas deberían desplegarse en total conformidad con las normas internacionales de derechos humanos

Los organismos de control de drogas y los gobiernos 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.¹⁷ Los derechos humanos emanan de la dignidad y el valor de la persona humana.¹⁸ Son universales, interdependientes, indivisibles, inalienables y están relacionados entre sí,¹⁹ lo cual significa que nadie puede ser despojado de ellos por cultivar, transportar o usar drogas controladas a escala internacional ni por traficar con ellas, o por vivir con VIH. Como proclamó en 2009 la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Navanethem Pillay: “Las personas que consumen drogas no pierden sus derechos humanos”.²⁰

Los derechos humanos no son una mera declaración de principios; los Estados tienen también obligaciones vinculantes de respetarlos, protegerlos y cumplirlos en virtud del derecho internacional.²¹ Esto significa que los gobiernos no deberían menoscabar el disfrute de los derechos humanos de sus ciudadanos (incluidas las personas que usan y/o cultivan drogas) ni permitir que lo hagan terceras partes. También deberían adoptar las medidas adecuadas – legislativas, constitucionales, presupuestarias y de cualquier otra índole – para hacer

plenamente efectivos los derechos humanos de todos sus ciudadanos y ciudadanas.

Sin embargo, los gobiernos y las autoridades encargadas de la aplicación de la ley no han prestado la suficiente atención a los derechos y libertades fundamentales de las personas en el momento de elaborar y poner en práctica las políticas nacionales sobre drogas (véase la tabla 1). Organismos de derechos humanos de la ONU han manifestado constantemente su preocupación por los abusos de derechos humanos que siguen proliferando bajo los auspicios de las políticas de drogas.²² En 2015, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos publicó un informe que ofrece un análisis sólido de las consecuencias negativas del control de drogas sobre el cumplimiento de los derechos humanos.²³ Además, el Consejo de Derechos Humanos acogió una mesa redonda sobre el impacto del problema mundial de las drogas sobre los derechos humanos en su 30º período ordinario de sesiones, en que se resaltaron los principales ámbitos de preocupación y posibilidades de reforma.²⁴ Estos dos hechos constituyen pasos significativos para abordar las violaciones de derechos humanos que se están produciendo en el nombre del control de drogas.



Fotografía: Sven Torfinn/Panos, Open Society Foundations

Una enfermera de cuidados paliativos y asistente jurídica del Hospicio de Nyeri proporciona servicios jurídicos y medicamentos contra el dolor a un paciente de cáncer en Nyeri, Kenya

Tabla 1. Violaciones de los derechos humanos en nombre del control de drogas

Derecho humano	Convención internacional sobre derechos humanos	Violaciones en nombre del control de drogas
Derecho a la vida	• Artículo 4 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966	• Uso de la pena capital por delitos de drogas²⁵ • Ejecuciones extrajudiciales por parte de organismos de aplicación de la ley²⁶
Derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental	• Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1946 • Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966	• Acceso limitado a medicamentos esenciales, incluidos aquellos para el alivio del dolor²⁷ • Acceso limitado a tratamiento para la dependencia de drogas humano y basado en evidencia, incluida la terapia de sustitución de opioides²⁸ • Acceso limitado a servicios de reducción de daños que evitarían sobredosis y el contagio de infecciones de transmisión sanguínea como el VIH y la hepatitis C²⁹
Derecho a no ser sometido a detención o prisión arbitrarias	• Artículo 9 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966	• Acoso de personas que usan drogas por parte de agentes policiales para cumplir con cuotas de detención³⁰ • Detención arbitraria de personas que usan drogas³¹ • Acoso y abusos sexuales de personas que usan drogas por fuerzas policiales³²
Derecho a un juicio justo	• Artículo 10 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 6 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, 1950	• Negación de libertad condicional, indulto, amnistía o alternativas al encarcelamiento a las personas condenadas por un delito de drogas³³ • Uso de la detención preventiva, las condenas obligatorias y las penas desproporcionadas contra personas implicadas en delitos menores de drogas³⁴ • Remisión a centros obligatorios para usuarios de drogas sin el debido proceso o juicio³⁵
Derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	• Artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966 • Declaración sobre la Protección de todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, 1975 • Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, 1984	• Abusos en centros obligatorios para usuarios de drogas³⁶ • Uso de castigos corporales contra los autores de delitos de drogas, como azotes, flagelación y latigazos³⁷

Derecho a no ser sometido a esclavitud	• Artículo 4 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 8 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966	• Uso de trabajos forzados en nombre del tratamiento de drogas³⁸
Derechos sociales y económicos	• Artículo 22 (y siguientes) de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 6 y 7 (y siguientes) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966 • Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, 1989	• Puesta en práctica de campañas de erradicación forzosa de cultivos, dejando a muchos campesinos sin medios de subsistencia³⁹ • Destrucción de tierras, cultivos alimenticios y reservas de agua debido a las fumigaciones aéreas⁴⁰ • Negación del derecho de los grupos indígenas a usar sustancias controladas con fines tradicionales y religiosos⁴¹
Derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación	• Artículo 7 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 • Artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966 • Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965 • Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979	• Aplicación discriminatoria de las leyes de control de drogas, especialmente con respecto a personas de minorías étnicas,⁴² indígenas, jóvenes y mujeres⁴³
• Derecho a la intimidad⁴⁴	• Artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948	• Práctica de detener y registrar a personas, incluidos niños y niñas en edad escolar, por sospechar que llevan drogas⁴⁵ • Pruebas forzadas de orina⁴⁶ • Práctica de incluir a las personas que usan drogas en registros gubernamentales⁴⁷ • Intercambio de información médica confidencial de una persona detenida por uso de drogas o sometida a tratamiento de dependencia de drogas con la policía⁴⁸
Derecho a estar protegido contra el uso ilícito de stupefacientes	• Artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño, 1989	• Denegación de servicios de reducción de daños dirigidos a jóvenes⁴⁹ • Uso de medidas de prevención de drogas ineficaces y estigmatizantes⁵⁰

No hay duda de que actualmente se reconoce que los derechos humanos son un tema que no se puede seguir obviando en el planteamiento de las políticas de control de drogas. Se necesita un cambio de para-

digma que reconozca las normas sobre derechos humanos como elemento clave del marco jurídico para formular políticas de drogas.⁵¹

Principio 4:

Las políticas de drogas deberían fomentar la integración social de grupos marginados y no centrarse en medidas punitivas hacia ellos

La prevalencia del uso de drogas entre distintos grupos sociales varía según el país. Sin embargo, en todas las sociedades parece imperar una tendencia común: los daños relacionados con drogas se concentran sobre todo entre los grupos más marginalizados. Este hecho no resulta sorpresivo, ya que la evidencia muestra que la dureza de las condiciones de vida y los traumas asociados son factores importantes que contribuyen a la dependencia de drogas.⁵² Asimismo, el cultivo de productos destinados al mercado ilícito de drogas se concentra en las zonas más pobres del mundo,⁵³ y las personas que se dedican al microtráfico también suelen proceder de entornos pobres y socialmente marginalizados.⁵⁴ Las operaciones de drogas a gran escala también tienen más probabilidades de producirse en naciones y regiones subdesarrolladas, con una gobernanza más endeble y de menor capacidad.⁵⁵

Aunque los gobiernos y la comunidad internacional se centren en mejorar las condiciones de vida de grupos marginalizados e integrarlos con más fuerza en los sectores sociales y económicos dominantes, muchos aspectos de las políticas nacionales de control de drogas tienen el efecto contrario:

- La estigmatización generalizada del uso de drogas (y, por extensión, de quienes las usan) marginaliza a personas y a comunidades enteras
- La criminalización generalizada del uso de drogas significa que las personas que son sorprendidas consumiendo drogas o en posesión de estas (especialmente jóvenes) suelen acabar con antecedentes penales, lo cual puede llevar a su exclusión de ámbitos como el educativo y el laboral, agudizando su vulnerabilidad frente a problemas sociales, económicos y de salud
- Los programas que se centran en detenciones y en duras sanciones penales contra las personas que usan drogas y agricultores de subsistencia tienen un escaso efecto de disuasión, y solo sirven para incrementar su exposición a riesgos de salud, delincuencia y violencia
- Las actividades y los abusos de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley pueden disuadir a las personas que usan drogas de acceder a programas sociales y de salud que se han diseñado para ellas

- Los programas de erradicación forzada de cultivos menoscaban los medios de vida básicos de los agricultores de subsistencia que producen cultivos para el mercado ilícito, y los sumen todavía más en la pobreza
- Las duras sanciones penales impuestas a las mulas de drogas y a microtraficantes – en especial mujeres – han exacerbado su pobreza y vulnerabilidad, obstaculizando su acceso a empleos lícitos y servicios sociales.

La marginalización social se puede minimizar disminuyendo las detenciones generalizadas y los castigos duros de las personas implicadas en delitos menores de drogas, y adoptando políticas y programas que afronten la marginalización y estigmatización de grupos vulnerables. Para abordar estas cuestiones, muchos países se están decantando actualmente por políticas menos punitivas, como: la **descriminalización** (el delito deja de castigarse con una sanción penal); la **despenalización** (se reducen las sanciones penales aplicadas a los delitos de drogas); **alternativas al encarcelamiento**; y revisión de leyes y directrices para la imposición de penas que garanticen **penas más proporcionales**. Otros están estudiando **mercados regulados** para algunas sustancias. En el capítulo 3 se ofrece más información sobre estas opciones normativas. El objetivo es reducir la securitización del control de drogas y avanzar hacia políticas basadas en la salud, los derechos humanos y el desarrollo (para más información, véanse los capítulos 2 y 4). Por ejemplo:

- Las leyes de drogas y las estrategias para su aplicación deberían evitar medidas que empeoren la marginalización de las personas que están implicadas en los niveles más bajos del comercio de drogas, como personas usuarias, agricultores de subsistencia que participan en la producción de cultivos destinados al mercado ilícito de drogas y microtraficantes
- Los programas de tratamiento de la dependencia de drogas se deberían basar en evidencia y centrarse en facilitar que las personas persigan los objetivos de recuperación que ellas mismas se han fijado, así como en apoyar su inclusión social en sus comunidades
- Los programas de reducción de daños se deberían

adoptar, apoyar, financiar adecuadamente y ampliar, y se deberían consagrar en un entorno normativo propicio

- Las medidas represivas contra autores de delitos menores se deberían basar en alternativas al encarcelamiento y en la prestación de servicios que aborden las causas fundamentales que originan la vinculación en el comercio de drogas. Esto es especialmente importante en el caso de autores de delitos con hijos y otras personas a cargo

- Las estrategias de drogas en las zonas de cultivo de drogas se deberían centrar en enfoques debidamente planeados de desarrollo rural
- Los representantes de los grupos más afectados por las políticas de drogas tienen derecho a participar en el diseño y la aplicación de tales políticas y de los programas afines. Su participación garantiza que estas políticas y programas estén bien fundamentados, sean eficaces y no den lugar a consecuencias negativas no deseadas (véase el capítulo 1.5).⁵⁶

Fotografía: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito



Medios de vida alternativos en la República Democrática Popular Lao

Principio 5:

Las políticas de drogas se deberían desarrollar y aplicar sobre la base de relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil

Para efectos de la presente Guía, el término “sociedad civil” comprende a las personas y las comunidades más afectadas por las políticas de drogas (como personas que consumen sustancias, personas que viven con el VIH, personas que producen cultivos destinados al mercado ilícito de drogas, pueblos indígenas, jóvenes y mujeres), a proveedores de servicios de reducción de daños, ONG, organizaciones de base confesional, académicos que trabajan en el ámbito de las políticas de drogas, etc.

En la mayoría de ámbitos de las políticas sociales, se suele reconocer que la participación de personas y comunidades afectadas es vital para una respuesta eficaz y sostenible. En el campo del VIH, por ejemplo, la necesidad de involucrar de forma significativa a las personas que viven con el virus se asumió en una etapa temprana como una pieza fundamental de toda iniciativa para luchar contra la epidemia. En estos ámbitos, las poblaciones afectadas –y la sociedad civil en general– desempeñan una función esencial en la conceptualización, el estudio, el diseño, la aplicación y la evaluación de políticas y programas en todos los niveles, así como en garantizar la transparencia, buena gobernanza y rendición de cuentas de organismos gubernamentales e inter-gubernamentales.

En el campo de las políticas de drogas, las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel cada vez más importante en el análisis de temas relacionados con drogas y en la ejecución y evaluación de programas y servicios. Gracias a sus conocimientos y comprensión de los mercados de drogas y de las comunidades que las consumen, además de su capacidad para llegar a los grupos más marginalizados de la sociedad, las organizaciones de la sociedad civil representan una invaluable fuente de información y experiencia para los responsables de formular políticas. Esto es especialmente cierto en el caso de las organizaciones que representan a personas que usan drogas y a agricultores de subsistencia que participan en la producción de cultivos ilícitos. Sin embargo, las susceptibilidades políticas que rodean a las drogas han llevado a que los responsables de políticas muchas veces ignoren o eviten las perspectivas (en ocasiones muy desafiantes) de la sociedad civil, o consideren que la participación de la sociedad civil representa un problema en sí mismo.⁵⁷

Cada vez más, el sistema de control de drogas de la ONU ha empezado a reconocer el valor añadido que las organizaciones de la sociedad civil han aportado al debate. Por ejemplo, en 2008, se creó un mecanismo estructurado para la participación de la sociedad civil en la revisión de las políticas de drogas 10 años después de la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU (UNGASS) sobre drogas de 1998 (que se celebró bajo la consigna de “Un mundo sin drogas; podemos lograrlo”). La iniciativa “Más allá de 2008” – un proyecto del Comité de ONG de Viena sobre Drogas (VNGOC) en colaboración con el Comité de ONG de Nueva York sobre Drogas (NYNGOC)– reunió a representantes de la sociedad civil de todo el mundo para discutir los temas sobre la mesa y acordar una declaración.⁵⁸

En el período previo a la UNGASS sobre drogas de 2016 se coordinó una iniciativa parecida, con la creación de un Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil que incluía a representantes de la sociedad civil de todas las regiones del mundo y a representantes de las principales

Cuadro 1 Extracto de la Declaración de consenso sobre el uso de drogas bajo la prohibición de INPUD⁵⁹

Derecho 10: Las personas que usan drogas tienen el derecho de reunirse, asociarse y formar organizaciones

- **Demanda 20:** Las personas que usan drogas deben ser respetadas en tanto expertas de sus propias vidas y experiencias vividas.
- **Demanda 21:** La participación de personas que usan drogas en los debates y la formulación de políticas debe ser significativa, no simbólica.
- **Demanda 22:** El bienestar y la salud de las personas que usan drogas y sus comunidades se deben tener en cuenta, sobre todo y ante todo, en la formulación de leyes y políticas relacionadas con el uso de drogas.

poblaciones afectadas.⁶⁰ Por otro lado, la participación de la sociedad civil también ha mejorado de forma notable con el paso del tiempo en los períodos de sesiones anuales de la Comisión de Estupefacientes de la ONU (CND) en Viena; ahora, algunas delegaciones gubernamentales invitan a ONG a formar parte de ellas, existe una mayor coordinación entre la sociedad civil y se ofrecen más oportunidades para intervenir en los debates que se celebran y acceder a ellos.

La participación de la Red Internacional de Personas que Usan Drogas (INPUD) y de otras redes regionales y nacionales ha sido decisiva para promover políticas de drogas humanas y basadas en la evidencia en estos foros internacionales, así como en el plano nacional.⁶¹ Las redes de personas que usan drogas son esenciales para la elaboración de políticas de tratamiento y de reducción de daños eficaces y humanas. La participación significativa en los servicios de reducción de daños, tratamiento y servicios de salud en general es una medida y salvaguardia clave de garantía de calidad. Las actividades de divulgación y apoyo entre pares han sido fundamentales para llegar a comunidades marginalizadas de personas que usan drogas con mensajes de reducción de daños específicos y precisos, y con servicios que salvan vidas.

También han surgido asociaciones de productores de cultivos ilícitos, y se han redactado varias declaraciones para trazar las preocupaciones relacionadas con las políticas de drogas en las zonas de cultivo y ofrecer recomendaciones sobre políticas alternativas.⁶² Se han organizado debates entre responsables de políticas y agricultores de subsistencia, por ejemplo, en países como Bolivia y Colombia, garantizando que las políticas dirigidas a las zonas de cultivo aborden los problemas a los que se enfrentan las comunidades locales y no provoquen daños adicionales (para más información, véase el capítulo 4.2).⁶³

La participación positiva de la sociedad civil en debates sobre políticas de drogas es muy provechosa para que los encargados de diseñar las políticas puedan:

- establecer objetivos y prioridades, y formular políticas mejor fundamentadas, basadas en experiencias y recomendaciones prácticas
- facilitar la comunicación entre responsables de políticas y actores clave de la sociedad civil, garantizando que las personas y las comunidades participen en la planificación de las intervenciones que les afectarán
- establecer alianzas, mutuamente ventajosas, con organizaciones de la sociedad civil para emprender la elaboración conjunta y/o la ejecución de

Cuadro 2 Extracto de la Declaración política del Foro Mundial de Productores de Cultivos Declarados Ilícitos⁶⁴

Sobre organización social y relaciones con el Estado

- Las asociaciones/organizaciones de productores de plantas declaradas ilícitas en algunas regiones son fuertes, pero en otras incipientes, inexistentes o prohibidas por el Estado.
- En muchos países, las relaciones con las autoridades de gobiernos son conflictivas porque las autoridades no cumplen los pactos firmados.
- Existe una influencia geopolítica de las potencias mundiales que resulta negativa en la relación entre los productores y sus gobiernos.
- Las organizaciones de productores deben ser tomadas en cuenta, deben ser parte de los debates y toma de decisiones, a todos los niveles; con sus propios gobiernos, donantes y la ONU.
- Las organizaciones internacionales y los gobiernos deben reconocer y respetar que cada país tiene una realidad diferente y que ésta debe ser tomada en cuenta al momento de plantear políticas.

programas, y llegar a los grupos más vulnerables y marginalizados

- crear una red dinámica de organizaciones de la sociedad civil capaz de apoyar el diseño, la aplicación, la supervisión y la evaluación de políticas y programas eficaces.

Así pues, se deberían crear canales de comunicación respetuosos, estratégicos, constructivos, transparentes y responsables entre gobiernos y representantes de la sociedad civil con el fin de garantizar un intercambio significativo y respetuoso de información y perspectivas. Sin embargo, las condiciones para un diálogo verdaderamente abierto, respetuoso y significativo con aquellas personas más directamente afectadas por las políticas de drogas solo se crearán si los gobiernos eliminan las sanciones penales a las personas que usan drogas y a los agricultores de subsistencia se dedican a la producción de cultivos ilícitos.⁶⁵

Notas de fin de página: Capítulo 1

1. Véase, por ejemplo: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
2. Gossop, M. (2005), *Drug misuse treatment and reductions in crime: findings from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)* (Londres: National Treatment Agency for Substance Misuse), <http://www.addictionservicesguide.com/articles/NTORS.PDF>; Hughes, C.E. y Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *The British Journal of Criminology*, **50**(6): 999–1022; Rajkumar, A.S. y French, M.T. (1997), 'Drug abuse, crime costs and the economic benefits of treatment', *Journal of Quantitative Criminology*, **13**(3): 291–323, <http://www.springerlink.com/content/bg6247650485q36v/>
3. Comisión Global de Políticas de Drogas (junio de 2012), *La Guerra contra las Drogas y el VIH/SIDA: Cómo la Criminalización del Uso de Drogas fomenta la Pandemia Global*, http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_SP_v3.pdf; Comisión Global de Políticas de Drogas (mayo de 2013), *The negative impact of the war on drugs on public health: The hidden hepatitis C epidemic*, http://www.globalcommissionondrugs.org/hepatitis/gcdp_hepatitis_english.pdf
4. Harm Reduction International (2011), *Harm reduction: A low cost, high-impact set of interventions*, http://www.ihra.net/files/2012/10/02/HRI_HR_resourcing2.pdf
5. Count the Costs (2013), *La Guerra contra las Drogas: Desperdiciando miles de millones de dólares y socavando las economías*, <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Economics-briefing.pdf>
6. Harm Reduction International, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas e Internacional HIV/AIDS Alliance (2014), *The funding crisis for harm reduction*, <http://idpc.net/publications/2014/07/the-funding-crisis-for-harm-reduction>
7. Harm Reduction International, *Spending where it matters*, <http://www.ihra.net/spending-where-it-matters>
8. Preámbulos de los tratados de 1961, 1971 y 1988 de las Naciones Unidas en materia de drogas
9. Véanse, por ejemplo, los datos de prevalencia del uso de drogas en: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
10. Felbab-Brown, V. (febrero de 2013), *Disuasión focalizada, acción selectiva, tráfico de drogas y delincuencia organizada: conceptos y prácticas* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE-report-2_Focused-deterrence_SPANISH.pdf
11. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (junio de 2015), *New psychoactive substances in Europe: Innovative legal responses*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/innovative-laws>; Wodak, A. (agosto de 2014), 'New psychoactive substances: reducing the harm caused by untested drugs and an unregulated market', *The Medical Journal of Australia*, **201**(6): 310–311, <https://www.mja.com.au/journal/2014/201/6/new-psychoactive-substances-reducing-harm-caused-untested-drugs-and-unregulated>
12. Werb, D. et al (2013), 'The temporal relationship between drug supply indicators: An audit of international government surveillance systems', *British Medical Journal*, **3**: e003077, <http://bmjopen.bmj.com/content/3/9/e003077.full>
13. Hoy en día, las mujeres representan la población penitenciaria que crece a mayor ritmo, y esto se debe principalmente a las políticas de control de drogas. Véase: Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PR-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>
14. En varios países, como los Estados Unidos y el Reino Unido, el porcentaje de minorías étnicas encarceladas por delitos de drogas es mucho más elevado que el del resto de la población. Véase: Eastwood, N., Shiner, M. y Bear, M. (2014), *The numbers in black and white: Ethnic disparities in the policing and prosecution of drug offences in England and Wales* (Londres: Release), <http://www.release.org.uk/node/286/>; American Civil Liberties Union (junio de 2013), *The war on marijuana in black and white: Billions of dollars wasted on racially biased arrests*, <https://www.aclu.org/report/war-marijuana-black-and-white?redirect=criminal-law-reform/war-marijuana-black-and-white-report>
15. Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf
16. Para un debate más detallado sobre la aplicación de la reducción de daños en el ámbito de la oferta, véase: Transnational Institute y Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (2011), *Expert workshop on supply-oriented harm reduction, May 10, 2011*, http://www.wola.org/commentary/wolatni_expert_workshop_on_supply_oriented_harm_reduction
17. 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
18. Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948
19. Conferencia Mundial de Derechos Humanos (12 de julio de 1993), *Declaración y programa de acción de Viena* (A/CONF.157/23), párr. 1
20. 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.ohchr.org/documents/Press/HC_human_rights_and_harm_reduction_drug_policy.pdf
21. Web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *El derecho internacional de los derechos humanos*, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>
22. Véase, por ejemplo: Nowak, M. (febrero de 2010), *Report of the Special Rapporteur on torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, A/HRC/13/39/Add.5 (Asamblea General de las Naciones Unidas), http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/13session/A.HRC.13.39.Add.5_en.pdf; Grover, A. (agosto de 2010), *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/65/255 (Asamblea General de las Naciones Unidas), http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=17520
23. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (septiembre de 2015), *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, A/HRC/30/65, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx>
24. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos de la ONU (28 September 2015), *Human Rights Council holds panel discussion on the impacts of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16515&LangID=E>; Fordham, A. (5 de octubre de 2015), 'Parallel universes collide: Drug control and human rights at the UN', *Huff Post Blog*, http://www.huffingtonpost.co.uk/ann-fordham/drug-control-human-rights_b_8237456.html
25. Al menos 33 países y territorios mantienen la pena capital por delitos de drogas en su legislación. Véase: Harm Reduction International (octubre de 2015), *The death penalty for drug offences: Global overview 2015*, <http://www.ihra.net/the-death-penalty-doesnt-stop-drug-crimes>; Gallahue, P. (2015), *Drugs and the death penalty* (Nueva York: Open Society Foundations), <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/drugs-and-death-penalty>
26. Véase, por ejemplo: Centro de Estudios Legales y Sociales (2015), *El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos – La experiencia del continente americano*, http://www.cels.org.ar/common/documentos/Drogas_web.pdf; Amnistía Internacional (octubre de 2012), *Culpables conocidos, víctimas ignoradas: Tortura y maltrato en México*, <https://www.amnesty.org/en/documents/amr41/063/2012/en/>
27. La OMS calcula que aproximadamente el 80 por ciento de la po-

- blación mundial tiene acceso nulo o insuficiente a tratamientos para aliviar los dolores moderados o severos. Véase: Organización Mundial de la Salud, Access to Controlled Medications Programme (2007), *Improving access to medications controlled under international drug conventions*, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_brnote_english.pdf; Véase también: Hallam, C. (enero de 2015), *El régimen internacional de control de drogas y el acceso a medicamentos fiscalizados* (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas y Transnational Institute), <http://idpc.net/es/publications/2015/01/el-regimen-internacional-de-control-de-drogas-y-el-acceso-a-medicamentos-fiscalizados>; Comisión Global de Políticas de Drogas (octubre de 2015), *El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: La crisis global de dolor evitable*, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
28. Mendez, J.E. (1 de febrero de 2013), *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, A/HRC/22/53 (Consejo de Derechos Humanos), p. 14, http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf
 29. Mathers, B.M., et al (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet*, **375**(9719): 1014-1028, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60232-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60232-2/abstract)
 30. Véase, por ejemplo: Lai, G. (July 2013), 'Towards more proportionate sentencing laws in Thailand', *IDPC Blog*, <http://idpc.net/blog/2013/07/towards-more-proportionate-sentencing-laws-in-thailand>
 31. Véase, por ejemplo: Human Rights Watch (October 2011), *Somsanga's secrets – Arbitrary detention, physical abuse and suicide inside a Lao drug detention center*, <https://www.hrw.org/report/2011/10/11/somsangas-secrets/arbitrary-detention-physical-abuse-and-suicide-inside-lao-drug>
 32. Eurasian Harm Reduction Network (diciembre de 2013), *Human rights of women who use drugs breached by law enforcement officials in Eurasia*, <http://idpc.net/alerts/2013/12/human-rights-of-women-who-use-drugs-breached-by-law-enforcement-officials-in-eurasia>
 33. Harm Reduction International y Penal Reform International (mayo de 2015), *Submission: Impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/DrugProblem/PenalReformInternationalHarmReductionInternational.pdf>
 34. Véase, por ejemplo, en Latinoamérica: Colectivo de Estudios Drogas y Derechos (noviembre de 2015), *Mujeres y encarcelamiento por delitos de drogas*, http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/pub-priv/Luciana_v08.pdf
 35. Center for Human Rights and Humanitarian Law, Anti-Torture Initiative (2013), *Torture in healthcare settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*, <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/extreme-abuse-name-drug-treatment>; Kamarulzaman, A. y McBrayer, J.L. (2015), 'Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy*, **26**(1): S33-S37, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(14\)00335-1/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(14)00335-1/abstract); Human Rights Watch (julio de 2012), *Torture in the name of treatment: Human rights abuses in Vietnam, China, Cambodia and Lao PDR*, <https://www.hrw.org/report/2012/07/24/torture-name-treatment/human-rights-abuses-vietnam-china-cambodia-and-lao-pdr>
 36. Ibid
 37. Harm Reduction International (2011), *Inflicting harm: Judicial corporal punishment for drug and alcohol offences in selected countries*, <http://www.ihra.net/contents/1211>
 38. Human Rights Watch (enero de 2010), 'Where darkness knows no limits' – incarceration, ill-treatment, and forced labor as drug rehabilitation in China, <https://www.hrw.org/report/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits/incarceration-ill-treatment-and-forced-labor-drug>
 39. Mansfield, D. (2011), *Assessing supply-side policy and practice: Eradication and alternative development* (Ginebra: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Com_David_Mansfield.pdf
 40. Véase, por ejemplo: Isacson, A. (30 de abril de 2015), *Aún si el glifosato no fuera cancerígeno, las fumigaciones aéreas todavía serían una mala idea*, (Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/es/comentario/aun_si_el_glifosato_no_fuera_cancerigeno_las_fumigaciones_aereas_todavia_serian_una_mala; véase también: Guyton, K.Z., et al (May 2015), 'Carcinogenicity of tetrachlorvinphos, parathion, malathion, diazinon, and glyphosate', *The Lancet*, **16**(5): 490-491, [http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(15\)70134-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(15)70134-8/fulltext)
 41. La masticación de la hoja de coca y el uso tradicional del cannabis y el opio están prohibidos por las convenciones de control de drogas de la ONU
 42. Véase, por ejemplo: Eastwood, N., Shiner, M. y Bear, M. (2014), *The numbers in black and white: Ethnic disparities in the policing and prosecution of drug offences in England and Wales* (Londres: Release), <http://www.release.org.uk/node/286>; American Civil Liberties Union (junio de 2013), *The war on marijuana in black and white: Billions of dollars wasted on racially biased arrests*, <https://www.aclu.org/report/war-marijuana-black-and-white?redirect=criminal-law-reform/war-marijuana-black-and-white-report>; Drug Policy Alliance (febrero de 2014), *The drug war, mass incarceration and race*, <http://www.drugpolicy.org/resource/drug-war-mass-incarceration-and-race>
 43. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONU Mujeres, Organización Mundial de la Salud y Red Internacional de Personas que Usan Drogas (agosto de 2014), *Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs*, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf
 44. Para más información sobre el derecho a la intimidad, véase: Red Internacional de Personas que Usan Drogas (octubre de 2015), *Consensus statement on drug use under prohibition – Human rights, health and the law*, http://www.inpud.net/consensus_statement_2015.pdf
 45. Hallam, C. (abril de 2010), *IDPC Briefing Paper – Jar wars: The question of schools-based drug testing* (Londres: Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas), http://idpc.net/sites/default/files/library/Schools%20Briefing%20paper%202010%20FINAL_0.pdf
 46. Véase, por ejemplo: Drug Reporter (3 de octubre de 2015), *Republic of Georgia cuts back its street drug testing program*, <http://drogriporter.hu/en/node/2760>; véase también: Lai, G. (agosto de 2015), 'Asia: Advocating for humane and effective drug policies', *International Journal on Human Rights*, **21**, <http://sur.conectas.org/en/issue-21/asia-advocating-humane-effective-drug-policies/>
 47. Véase, por ejemplo, en China: Zhang, S.X. y Chin, K. (2015), *A people's war: China's struggle to contain its illicit drug problem* (Brookings Institute), <http://www.brookings.edu/~media/Research/Files/Papers/2015/04/global-drug-policy/A-Peoples-War-final.pdf?la=en>
 48. Por ejemplo en Asia Central: Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Opioid substitution therapy in Central Asia: Towards diverse and effective treatment options for drug dependence*, <http://www.harm-reduction.org/library/opioid-substitution-therapy-central-asia-towards-diverse-and-effective-treatment-options>; y en Grecia: Papamalis, F. (2013), *Petition: Greek economic recession from the public health perspective: The social cost*, <http://idpc.net/alerts/2013/02/petition-greek-economic-recession-from-the-public-health-perspective-the-social-cost>
 49. International Harm Reduction Association y Youth RISE (2009) *Drugs, harm reduction and the UN Convention on the rights of the child: Common themes and universal rights*, <http://www.ihra.net/child-rights>; Harm Reduction International (diciembre de 2013), *Injecting drug use among under-18s*, http://www.ihra.net/files/2014/08/06/injecting_among_under_18s_snapshot_WEB.pdf

50. Por ejemplo: US Government Accountability Office (enero de 2003), *Youth illicit drug use prevention: DARE long-term evaluations and federal efforts to identify effective programs*, <http://www.gao.gov/products/GAO-03-172R>. Para más información, véase también el capítulo 2.3 de esta Guía.
51. Barrett, D. y Nowak, M. (2009), 'The United Nations and drug policy: Towards a human rights-based approach'. En Constantinides, A. y Zaikos N., eds., *The diversity of international law: Essays in honour of Professor Kalliopi K. Koufa* (Leiden: Brill/Martinus Nijhoff), pp. 449-477, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1461445
52. Véase, por ejemplo: Moore, G., Gerdzt, M. y Manias, E. (2007), 'Homelessness, health status and emergency department use: An integrated review of the literature', *Australasian Emergency Nursing Journal*, **10**(4): 178-185, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626707001097>; Breslau, N. (2002), 'Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders', *The Canadian Journal of Psychiatry*, **47**(10): 923-929, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12553127>
53. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (junio de 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>; Health Poverty Action y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (noviembre de 2015), *Drug policy and the sustainable development goals*, <http://idpc.net/publications/2015/11/drug-policy-and-the-sustainable-development-goals>
54. Véase, por ejemplo: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (mayo de 2015), *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento en las Américas*, <http://www.wola.org/es/comentario/women-drug-policies-and-incarceration-in-the-americas>
55. Véase, por ejemplo: West Africa Commission on Drugs (junio de 2014), *Not just in transit – Drugs, the state and society in West Africa*, <http://www.wacommissionondrugs.org/report/>
56. Red Internacional de Personas que Usan Drogas (octubre de 2015), *INPUD consensus statement on drug use under prohibition – Human rights, health, and the law*, <http://www.inpud.net/en/news/consensus-statement>; Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance y Open Society Institute (2008), 'Nothing about us without us' - Greater meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical and human rights imperative, http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/nothingaboutus_20080603/Int%20Nothing%20About%20Us%20%28May%202008%29.pdf
57. Véase, por ejemplo: International Harm Reduction Association (2009), *Civil society: The silenced partners? Civil society engagement with the UN Commission on Narcotic Drugs*, <http://www.ihra.net/contents/248>
58. Más allá de 2008 (2009), *Declaración "Más allá de 2008"*, https://www.unodc.org/documents/NGO/B2008_Declaration_and_Resolutions_Spanish.pdf
59. Para más información sobre el Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil, véase: <http://www.unodc.org/unodc/en/ngos/DCN13-civil-society-engages-in-ungass-2016-preparatory-process.html>
60. Para más información: Red Internacional de Personas que Usan Drogas (octubre de 2015), *INPUD consensus statement on drug use under prohibition – Human rights, health, and the law*, <http://www.inpud.net/en/news/consensus-statement>; Open Society Institute, International HIV/AIDS Alliance y Canadian HIV/AIDS Legal Network (2008), 'Nothing about us without us': Greater, meaningful involvement of people who use illicit drugs: A public health, ethical, and human rights imperative, <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Int%2520Nothing%2520About%2520Us%2520%2528May%25202008%2529.pdf>
61. Red Internacional de Personas que Usan Drogas (octubre de 2015), *INPUD consensus statement on drug use under prohibition – Human rights, health, and the law*, <http://www.inpud.net/en/news/consensus-statement>
62. Véase, por ejemplo: Foro Mundial de Productores de Cultivos Declarados Ilícitos (2009), *Declaración política*, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Foro%20Mundial%20de%20Productores%20de%20Cultivos%20Declarados%20Illicitos%20Declaracion%20Politica.PDF>; *Declaración del Tercer Foro de Cultivadores de Opio de Myanmar*, 12 de septiembre de 2015, <https://www.tni.org/es/art%C3%ADculo/declaracion-del-tercer-foro-de-cultivadores-de-opio-de-myanmar>
63. En Bolivia, agricultores de subsistencia participan como socios estratégicos clave en estrategias de reducción de la coca. Véase: Farthing, L.C. y Ledebur, K. (septiembre de 2015), *Habeas Coca: Control Social de la Coca en Bolivia* (Open Society Foundations), <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/habeas-coca-bolivia-s-community-coca-control>. En Colombia, cultivadores de coca también han participado muy activamente en las negociaciones de paz entre el gobierno colombiano y las FARC. Véase: Observatorio de Cultivos Declarados Ilícitos (agosto de 2015), *Vicios Penales en Colombia: Cultivadores de coca, amapola y marihuana, en la hora de su despenalización*, <http://www.indepaz.org.co/vicios-penales/>. En Myanmar, cultivadores de opio se reunieron en septiembre de 2015 para contribuir al proceso de revisión de la ley nacional sobre drogas. Véase: *Declaración del Tercer Foro de Cultivadores de Opio de Myanmar*, 12 de septiembre de 2015, <https://www.tni.org/es/art%C3%ADculo/declaracion-del-tercer-foro-de-cultivadores-de-opio-de-myanmar>
64. Foro Mundial de Productores de Cultivos Declarados Ilícitos (2009), *Declaración política*, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Foro%20Mundial%20de%20Productores%20de%20Cultivos%20Declarados%20Illicitos%20Declaracion%20Politica.PDF>
65. Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance y Open Society Institute (2008), 'Nothing about us without us' - Greater meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical and human rights imperative, http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/nothingaboutus_20080603/Int%20Nothing%20About%20Us%20%28May%202008%29.pdf



Capítulo 2:

Políticas y

programas de

salud

Introducción al capítulo

Los preámbulos de las convenciones de drogas de 1961 y 1971 establecen que el objetivo primordial de los tratados es proteger la salud y el bienestar de la humanidad.⁶⁶ El derecho a la salud también está protegido por varios instrumentos internacionales de derechos humanos. La protección de la salud, por lo tanto, debería ser un elemento central de cualquier política nacional de drogas. Los tratados de control de drogas de la ONU también imponen una doble obligación a los Estados miembros: por un lado, la de prohibir la producción, la venta y el uso con fines recreativos de sustancias sometidas a fiscalización internacional y, al mismo tiempo, garantizar el acceso a estas con fines médicos y científicos. En la práctica, sin embargo, el acento se ha puesto en reducir las dimensiones del mercado ilícito de drogas mediante políticas orientadas a la prohibición, mientras que se ha dedicado mucha menos atención a la necesidad de garantizar la disponibilidad de sustancias controladas para fines médicos y científicos.

La “clasificación en las listas” es una pieza clave de toda política de control de drogas. Es el mecanismo mediante el que las personas responsables de políticas clasifican las sustancias fiscalizadas en distintas listas, en función del nivel de daño y sus posibles usos médicos y científicos. No obstante, la clasificación ha planteado muchos problemas de carácter político, técnico e ideológico. El **capítulo 2.1** repasa las prácticas y pruebas existentes sobre la clasificación de sustancias – con especial énfasis en el cannabis, el khat, la ketamina y las nuevas sustancias psicoactivas – con el objetivo de ofrecer orientación sobre la mejor forma de superar los principales desafíos que entraña la clasificación de sustancias en listas.

La clasificación de sustancias controladas tiene un impacto significativo en si una determinada sustancia estaría disponible para fines médicos y científicos, que es uno de los objetivos centrales del sistema de control de drogas de la ONU. Sin

embargo, como se destaca en el **capítulo 2.2**, actualmente 5.500 millones de personas viven en países con un acceso nulo o limitado a medicamentos fiscalizados. El capítulo presenta una serie de recomendaciones prácticas sobre cómo eliminar las barreras legislativas, técnicas e ideológicas que impiden el acceso a medicamentos controlados con fines médicos.

El capítulo 2 luego se enfoca en las políticas y los programas de salud dirigidos específicamente a personas que usan drogas. El uso de drogas puede desembocar en consecuencias de salud prevenibles, incluyendo la transmisión de infecciones como la hepatitis B y C y el VIH, la muerte por sobredosis, y el agravamiento de enfermedades físicas o psiquiátricas existentes. Por este motivo, es fundamental que desarrollar un enfoque de salud integral para abordar el uso y la dependencia de drogas.

El **capítulo 2.3** proporciona directrices sobre cómo desarrollar programas de prevención de drogas eficaces y basados en evidencia empírica centrándose en identificar objetivos, métodos y contextos, partiendo de estándares internacionales de calidad en la prevención de drogas que se hayan desarrollado hasta la fecha.

El **capítulo 2.4** revisa las pruebas internacionales en materia de reducción de daños y presenta una lista de principios e intervenciones que se deberían desarrollar para abordar los daños sociales, económicos y de salud asociados con el uso de drogas.

Finalmente, el **capítulo 2.5** se ocupa del tratamiento de la dependencia de drogas, brindando una guía de cómo desarrollar y poner en práctica una gama integral de programas de tratamiento de la dependencia de drogas eficaces, voluntarios y de basados en evidencia empírica, con recomendaciones detalladas sobre referencias, métodos y contextos de tratamiento, así como otros servicios asociados de asistencia social.

2.1

Clasificación en listas de sustancias

Principales recomendaciones

- Los organismos internacionales de control de drogas y los responsables de políticas en el ámbito nacional deberían alcanzar el debido grado de equilibrio entre la restricción de los daños y la utilidad médica de una sustancia cuando se tomen decisiones para su clasificación
- El régimen de fiscalización internacional de drogas de la ONU debería revisar con urgencia sus procesos de clasificación para garantizar que estos reflejen la última evidencia disponible y las necesidades actuales de respuesta en materia de drogas. Esta tarea se le debería asignar a un grupo de personas expertas, y las recomendaciones planteadas se deberían trasladar a los gobiernos para ayudarles a reestructurar sus procesos nacionales de clasificación
- El papel de los exámenes científicos —realizados por el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia— se debería fortalecer y proteger como elemento de los procesos de clasificación internacional en el plano de la ONU, incluidos los exámenes periódicos obligatorios de sustancias fiscalizadas actualmente (como el cannabis) para reflejar cualquier evidencia nueva y realizar los ajustes necesarios en la respuesta normativa
- En caso de que no existan, los responsables de políticas deberían establecer comités consultivos nacionales formados por expertos en ciencia y en ciencias sociales con el mandato de recomendar las clasificaciones adecuadas para las sustancias propuestas para control
- Los responsables de las políticas deberían estar obligados a aceptar las recomendaciones de sus comités consultivos. Si los gobiernos rechazan el asesoramiento de sus comités de expertos, los motivos para ello se deberían articular de forma sistemática y transparente, y basarse en pruebas empíricas
- Los problemas singulares que plantean las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) se deberían considerar como una oportunidad para mejores enfoques de clasificación fundamentados en evidencias. Por ejemplo, el método adoptado originalmente en Nueva Zelanda se debería restablecer, y sus resultados se deberían supervisar y estudiar para analizar las posibilidades de reproducirlo en otros lugares.

Introducción

A pesar de ser una cuestión técnica compleja, la clasificación es una pieza clave del control de drogas. Tanto el derecho internacional recogido en los tratados de fiscalización de drogas de la ONU como los sistemas de legislación nacional contemplan clasificaciones jerárquicas basadas en el grado de riesgo y el nivel de utilidad médica asociados con sustancias controladas.

Estas jerarquías se suelen conocer como “listas”, y su objetivo es asignar un nivel adecuado de control a un determinado grupo de sustancias. Su objetivo es reservar las medidas de control más estricto a las sustancias consideradas más peligrosas. Del mismo

modo, las sustancias que se consideran que entrañan el menor nivel de riesgo se asignan a la lista menos restrictiva. La utilidad médica de las drogas también se tiene en cuenta en la decisión de asignar una sustancia a la lista apropiada en las leyes y las políticas de drogas. Sin embargo, que estas clasificaciones sean adecuadas en la práctica es una cuestión que genera mucha controversia, ya que a menudo están basadas en creencias culturales o en incidentes históricos, y no en pruebas científicas.⁶⁷

El mandato de examinar científicamente las sustancias propuestas para control internacional le corresponde a la Organización Mundial de la Salud (OMS); en el ámbito nacional, muchos países han creado organismos



Ketamina

especializados para asesorar a sus gobiernos sobre las listas adecuadas para cada sustancia. Es de gran importancia que el principio de revisión científica, que debe ser independiente de los gobiernos, se mantenga, y que la evaluación de las sustancias propuestas para ser sometidas a control se lleve a cabo sobre una base científica. Sin embargo, muchas veces los gobiernos son reacios en acatar el asesoramiento de sus propios órganos consultivos, temiendo la reacción del público a las recomendaciones científicas sobre el control de drogas o manteniendo posiciones ideológicas sobre las sustancias que van en contra del dictamen científico.

La clasificación se ha convertido en los últimos años en una cuestión más compleja debido a la aparición de un gran número de nuevas sustancias psicoactivas (NSP). Estas sustancias han generado un sentimiento de pánico entre muchos gobiernos. La proliferación de estas nuevas sustancias —y las formas dinámicas mediante las que se producen y se llevan al mercado, a través de internet y de redes sociales— ha llevado a la conclusión de que los procesos tradicionales para la inclusión de sustancias en listas, que conllevan unos minuciosos exámenes científicos, son demasiado lentos y enredados para satisfacer los requisitos de control que plantea esta situación sin precedentes.

Asuntos legislativos y de política relacionados

Jerarquías de daños basadas en evidencia empírica

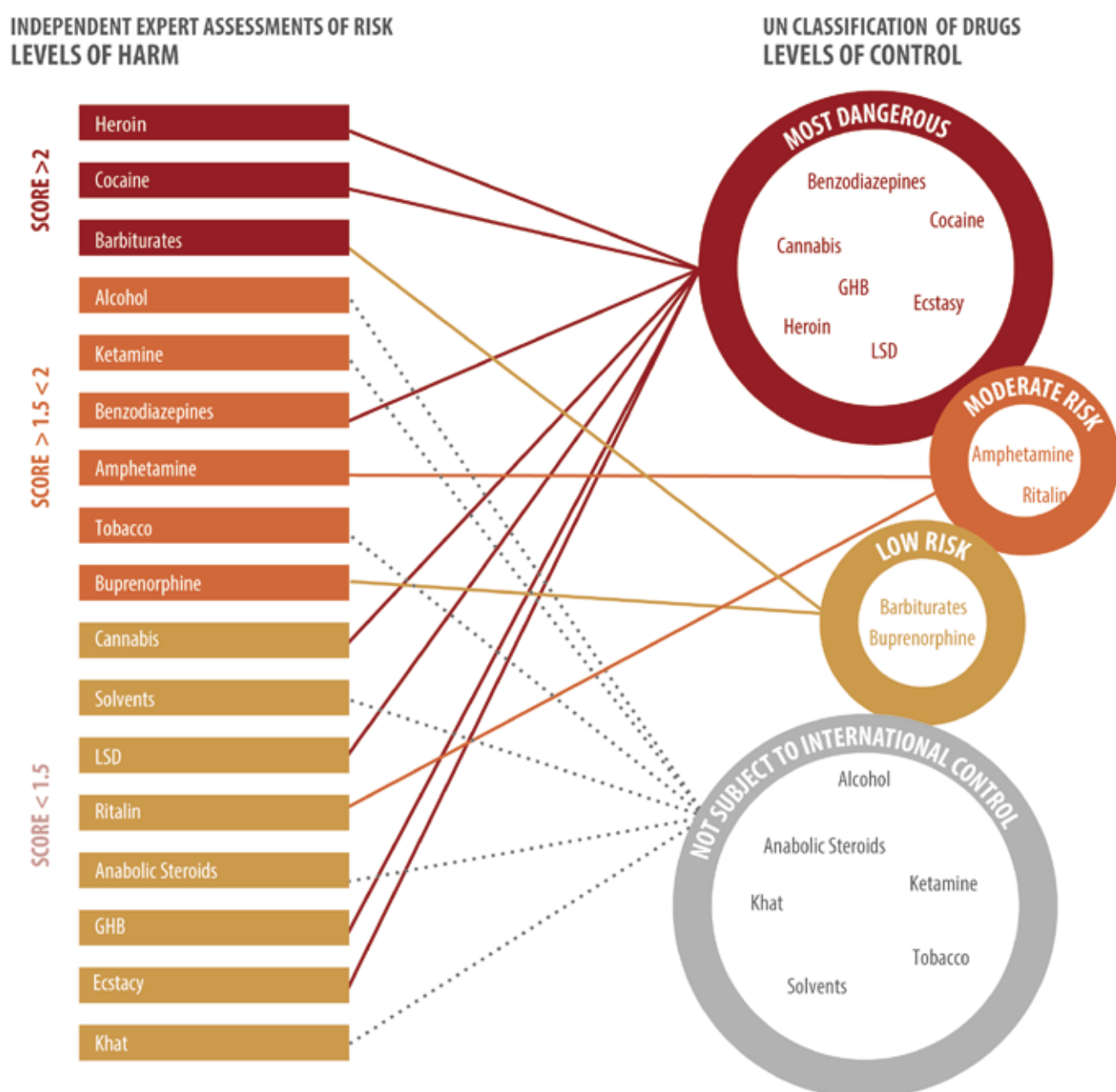
Se debería procurar que la clasificación de sustancias se base en jerarquías de daños y, además, en un equi-

librio entre dichos daños y el uso médico. El gráfico 1 representa un patrón alternativo de clasificación derivado del trabajo del profesor David Nutt en el Reino Unido.⁶⁸ En él se compara una “evaluación del daño de expertos independientes” con la clasificación vigente en el sistema de fiscalización internacional de drogas administrado por la ONU. Cabe destacar que las dos listas difieren de manera notable; el cannabis, por ejemplo, está incluido en la lista de drogas más peligrosas (y sin ningún valor médico) en el sistema de la ONU, mientras que el sistema de Nutt lo clasifica en la categoría de bajo riesgo. Algo parecido sucede con el LSD y el éxtasis.

En general, el sistema de la ONU clasifica muchas sustancias como “muy peligrosas”, probablemente debido a factores culturales e históricos de principios y mediados del siglo XX, durante el que tendieron a imperar los juicios de valor del período colonial, así como la xenofobia y el racismo.

En 2007, la clasificación de Nutt incluía la ketamina muy cerca de las drogas más peligrosas en su escala,⁶⁹ mientras que, por el momento, la sustancia no está incluida en las listas del sistema de la ONU. Si bien se están debatiendo propuestas para clasificarla —como veremos más adelante—, aunque estas iniciativas salieran adelante, la ketamina se clasificaría como una sustancia de bajo riesgo debido a su alto valor médico. Esto demuestra la dificultad de asignar listas científicas a sustancias psicoactivas mediante un examen objetivo basado en pruebas empíricas, tanto de los daños como de los beneficios médicos. La mejor práctica en estos momentos implica que las recomendaciones formuladas por comités de

Gráfico 1. Clasificación de drogas: niveles de control frente a niveles de daño⁷⁰



científicos expertos orienten a los gobiernos en base a la información disponible, y que los gobiernos fundamenten sus decisiones normativas en dichas recomendaciones.

Evaluación del uso médico de sustancias

La campaña contra el consumo no médico de sustancias controladas, que se libró durante gran parte del siglo XX, ha dado lugar a un sesgo contra el suministro de sustancias controladas para uso médico, lo que demuestra una vez más el desequilibrio en el sistema internacional y los contextos normativos internos de muchos países.

En el 58º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes (CND), que tuvo lugar en marzo de 2015, se propuso que la ketamina se fiscalizara incluyéndola en la Lista IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.⁷¹ La iniciativa estaba motivada por la

expansión en el uso recreativo de la ketamina, especialmente en China y el sudeste asiático, y el aumento de los daños asociados, como el síndrome de vejiga inducido por ketamina, y de patrones de dependencia que no se habían observado hasta la fecha entre las poblaciones que usaban la sustancia con fines recreativos. Profesionales médicos y clínicos, ONG que trabajan en el ámbito de las políticas de drogas y algunos gobiernos iniciaron una campaña para oponerse a la propuesta de clasificar la ketamina, ya que la sustancia es un analgésico vital en medicina humana y veterinaria, en particular en zonas rurales de países de renta baja y media. La restricción sobre la ketamina derivada del control internacional probablemente no afectaría de forma negativa a los países ricos, pero los países en desarrollo carecerían de los recursos económicos, administrativos y técnicos necesarios para cumplir con los requisitos del sistema de fiscalización internacional

Cuadro 1 Los enfoques frente al khat en el Reino Unido y en los Países Bajos

En los Países Bajos, se realizó en 2007 una evaluación de riesgos a cargo del Centro de Coordinación para la Evaluación y el Control de Nuevas Drogas (CAM), el organismo que asesora oficialmente al Gobierno sobre este tipo de cuestiones, y se llegó a la conclusión de que “el khat plantea un riesgo menor para la salud del consumidor individual y no presenta ningún riesgo apreciable para la sociedad holandesa en su conjunto. Por tanto, no existe motivo alguno para prohibir su consumo en los Países Bajos”. Según el CAM, la prohibición estigmatizaría a la comunidad somalí, sin ninguna perspectiva de que la demanda se redujera de forma significativa. Desalentar el uso mediante actividades educativas se consideró una medida suficiente para mejorar la sensibilización sobre las posibles consecuencias sociales negativas y los efectos nocivos para la salud que podría acarrear un uso excesivo.⁷²

Se encargó otro informe, esta vez al Trimbos Institute, con el fin de analizar el impacto social del khat en las comunidades migrantes somalíes, las noticias de alteraciones del orden público en algunas ciudades en torno al comercio de khat y el contexto internacional, ya que los Países Bajos también se habían convertido en un importante centro para las importaciones europeas y los países escandinavos que habían prohibido la planta se empezaron a quejar.

En enero de 2012, el gobierno holandés presentó el estudio del Trimbos Institute ante el Parlamento, anunciando que tenía la intención de añadir el khat a la Lista II, aunque ni el estudio del Trimbos ni el CAM lo recomendaban.⁷³ Según prevé la Ley del Opio holandesa, la Lista II comprende las drogas

con “un grado aceptable de adicción o daño físico”, como el cannabis. Esta disposición posibilita que la fiscalía ejerza su discreción en lo que se refiere al uso y la posesión, pero convierte la importación y el comercio interior del khat en una actividad ilegal y sujeta a la aplicación activa de la ley.

En el caso del Reino Unido, donde se calcula que consumen khat alrededor de 90.000 personas de las comunidades somalí y yemení, el ACMD concluyó en enero de 2013 “que las pruebas de los daños asociados con el uso de khat son insuficientes para justificar su fiscalización y resultaría inadecuado y desproporcionado clasificar el khat en el marco de la Ley sobre el Uso Indebido de Drogas de 1971”.⁷⁴ Sin embargo, la ministra del Interior Theresa May, decidió prohibir la planta seis meses después, afirmando que se podrían haber subestimado los riesgos que planteaba.⁷⁵

En noviembre de 2013, el Comité de Asuntos Internos determinó que la prohibición del khat no se basaba en ninguna evidencia de daño médico o social y que se debía levantar antes de convertirla en ley. Los parlamentarios resolvieron que los posibles efectos negativos de la prohibición –tanto en las comunidades de la diáspora en el Reino Unido como en las personas que lo cultivan en África– superaban los posibles beneficios. La ministra del Interior siguió justificando la prohibición afirmando que la mayoría de los países de la Unión Europea (UE) ya habían prohibido el khat, por lo que se corría el riesgo de que el Reino Unido se convirtiera en un centro regional para el tráfico ilegal hacia esos países.⁷⁶ La prohibición entró en vigor el 24 de junio de 2014.⁷⁷

de drogas, incluso aunque la sustancia se incluyera en la lista menos restrictiva, la Lista IV, del Convenio de 1971.⁷⁸ Para estos países en desarrollo, sería mucho más barato y simple prohibir totalmente la sustancia. El Valium y el fenobarbital representan casos equivalentes, y son extremadamente difíciles de conseguir en las zonas rurales de Asia y África, a pesar de estar clasificados en la Lista IV del Convenio de 1971.

En la CND de 2015, la propuesta de clasificar la ketamina se aplazó debido a la controversia sobre el efecto que ello tendría sobre la disponibilidad de este importante anestésico. Sin embargo, es probable que la propuesta vuelva a plantearse en el próximo período de sesiones de la CND. La OMS, que tiene el mandato de recomendar la clasificación de sustancias dentro del régimen

internacional, ha realizado un examen crítico de la sustancia en cuatro ocasiones, y en todas ellas ha concluido que la ketamina no se debe someter a fiscalización internacional. Por otra parte, la OMS ha declarado que la clasificación de la ketamina provocaría “una crisis de salud pública”.⁷⁹ La posición de la OMS reconoce que hay formas mucho más eficaces que la clasificación para abordar los daños asociados con el uso de ketamina, evitando al mismo tiempo las restricciones de acceso a esta sustancia anestésica vital.⁸⁰

La controversia sobre el estatus de la clasificación de la ketamina, que está en la Lista Modelo de la OMS de Medicamentos Esenciales,⁹ va más allá de esta sustancia específica. Si el sistema de control de drogas de la ONU desea cumplir con sus promesas retóricas

de ser un régimen más orientado a la salud y los derechos humanos, debe demostrar su cambio de rumbo poniendo un mayor acento en la clasificación a partir de los usos médicos y escuchando el asesoramiento de su comité de expertos. Los países deberían adoptar medidas parecidas para asignar la debida importancia a las capacidades médicas y terapéuticas de las sustancias propuestas para clasificación.

Asuntos de implementación

Los conflictos entre grupos de expertos designados para ofrecer asesoramiento sobre la clasificación de sustancias por un lado, y las personas que adoptan las decisiones políticas por el otro, han surgido tanto en el ámbito nacional como en el sistema internacional administrado por la ONU. El estudio de casos como el cannabis, el khat y las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) ilustran estas fricciones. En el capítulo 4.3 se analiza un caso parecido, el de la hoja de coca.

Polémicas en torno a la clasificación del cannabis

Este ha sido especialmente el caso de las discusiones en torno a la clasificación del cannabis. Por ejemplo, la Ley británica sobre el Uso Indevido de Drogas de 1971 estableció el Consejo Consultivo sobre el Uso Indevido de Drogas (ACMD) como grupo independiente de expertos científicos encargado de asesorar al gobierno sobre la clasificación de sustancias.⁸² En 2007, después de que el cannabis se reclasificara como una droga de “Clase C” (la categoría menos nociva) en el marco de la Regulación sobre el Uso Indevido de Drogas de 2001, el gobierno solicitó al ACMD que revisara esta clasificación a raíz de una serie de noticias sobre los graves efectos para la salud mental de ciertos preparados de gran potencia de “skunk”. El gobierno deseaba volver a clasificar el cannabis en su antigua categoría de droga

de “Clase B”, pero tras un examen exhaustivo, el ACMD recomendó que la droga siguiera catalogada en la “Clase C”.⁸³ Sin embargo, en 2008, el cannabis se volvió a reclasificar como una sustancia de “Clase B”.

Más tarde, en febrero de 2009, el gobierno británico rechazó una vez más una recomendación del ACMD; en esta ocasión de que la clasificación del éxtasis se rebajara de la “Clase A” a la “Clase B”. El gobierno justificó su decisión en aquel momento en los términos siguientes: “En nuestra opinión, el sistema debe basarse en las pruebas empíricas, pero también en la opinión ponderada de los responsables de la formulación de políticas, y debe tomar en consideración las repercusiones que probablemente tendrán los cambios de clasificación en el uso de drogas y los daños causados por estas, así como el impacto sobre el sistema de la justicia penal. Es por ello que nuestros asesores seguirán asesorándonos, y nosotros tomaremos las decisiones”.⁸⁴

El gobierno británico tiene la facultad legal de rechazar las recomendaciones del ACMD; el marco jurídico solo requiere que el gobierno consulte con el ACMD las decisiones de clasificación, pero no que siga sus recomendaciones. Sin embargo, las relaciones entre el gobierno y el ACMD –y una parte de la comunidad científica en general– se hicieron aún más tensas tras el despido del presidente del ACMD, el profesor David Nutt, por sus opiniones sobre la relativa seguridad del éxtasis y el cannabis en comparación con el alcohol y el tabaco.⁸⁵ El ministro del Interior escribió al profesor para explicarle que “es importante que los mensajes del Gobierno en materia de drogas sean claros y que usted, en calidad de asesor, no haga nada que socave la percepción pública sobre estas”.⁸⁶ Seis integrantes del ACMD dimitieron por este despido y las cuestiones que planteaba. Más adelante, en 2010, el gobierno británico volvió a ignorar las recomendaciones del ACMD, al anunciar que había decidido prohibir la mefedrona.

Fotografía : Jessamine Bartley-Matthews, WOLA



Cannabis en un dispensario de Colorado

Cuadro 2 El enfoque de la Unión Europea frente a las NSP

En Europa, la primera acción formal para responder al creciente problema de las NSP fue la creación, en 2005, del “sistema de alerta temprana” de la UE y las estructuras asociadas a este. De este modo, los Estados miembros podrían registrar las nuevas sustancias que puedan ser motivo de preocupación. Sus riesgos serían después evaluados por las instituciones pertinentes de la UE (principalmente el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT), y se tomaría una decisión sobre la conveniencia o no de recomendar medidas de control para la sustancia en cuestión. En la práctica, sin embargo, todo este proceso solo se utilizó totalmente con un pequeño número de sustancias.⁸⁷ Por otra parte, en la mayoría de los casos se necesitó mucho tiempo y recursos considerables para formular una recomendación. Esto generó cierta preocupación sobre cómo podría responder realmente este proceso ante la creciente cantidad de sustancias que estaban entrando en el mercado. En consecuencia, la Comisión Europea (CE) inició un proceso para evaluar el mecanismo existente de alerta rápida. A principios de 2010, en pleno auge de la mefedrona y de las noticias sobre muertes relacionadas con su uso – en particular en el Reino Unido e Irlanda – la Comisión comenzó el trabajo preliminar.

En julio de 2011, la CE publicó su evaluación,⁸⁸ y llegó a la conclusión de que existían tres grandes limitaciones en lo que se refería a la posibilidad de someter las NSP a medidas de control generales en toda la UE. En primer lugar, el sistema vigente no era capaz de abordar el gran aumento de NSP en el mercado porque trataba las sustancias una a una, mediante un proceso largo. En segundo lugar, se consideraba un proceso demasiado reactivo, pues las sustancias sometidas a medidas de control se sustituían rápidamente por otras nuevas con efectos parecidos, a menudo limitándose a modificar ligeramente su composición química. Y en tercero, carecía de una gama de opciones eficaces para medidas de control que permitieran desplegar una acción rápida y focalizada. A raíz de estas conclusiones, y coincidiendo con los debates sobre el tema en el Consejo Informal de Justicia e Interior, la Comisión puso en marcha un proceso de consulta para proponer a los Estados miembros de la UE un mecanismo con el que reemplazar un sistema que se estimaba que “ya no cumple su finalidad”.⁸⁹

La propuesta de la Comisión persigue acelerar “la capacidad de la Unión para luchar”⁹⁰ contra las NSP mediante:

- **Un procedimiento más rápido:** En la actualidad se necesita un mínimo de dos años para prohibir

una sustancia en la UE. Con la nueva estructura, la Unión podrá actuar en 10 meses. En algunos casos, el procedimiento será más breve, ya que se podrá retirar una sustancia inmediatamente del mercado durante un año. Esta medida busca garantizar que la sustancia ya no esté disponible para los consumidores mientras se lleva a cabo una evaluación de riesgos completa. Con el sistema vigente, no se pueden adoptar medidas de carácter temporal y las propuestas para restringir una sustancia deben esperar a la evaluación de riesgos completa.

- **Un sistema más proporcionado:** Se prevé que el nuevo sistema permita un enfoque gradual en el que las sustancias que presenten un riesgo moderado estarán sujetas a restricciones de los mercados de consumo, mientras que a las sustancias que presenten un riesgo elevado se les cerrará totalmente el mercado. Solo las sustancias más nocivas, que supongan un grave riesgo para la salud de los consumidores, estarán sujetas a las disposiciones del derecho penal. Esto supone un cambio de rumbo significativo con respecto al sistema actual, ya que solo prevé opciones binarias: inhibirse de actuar a nivel de la UE o imponer plenas restricciones al mercado y sanciones penales. Esta falta de opciones significa que, en la actualidad, la Unión no adopta medidas en relación con algunas sustancias nocivas.⁹³ Se espera que el nuevo sistema permita que la UE pueda hacer frente a más casos y más proporcionalmente, adaptando su respuesta a los riesgos que entrañan y teniendo en cuenta los usos industriales y comerciales legítimos.⁹²

La propuesta de la Comisión debe ahora ser adoptada por el Parlamento Europeo y por los Estados miembros en el Consejo de la Unión Europea para que adquiera rango de ley. Puede que este no resulte un proceso sencillo, ya que cada vez está más claro que, como suele suceder en la UE, no existe un acuerdo universal sobre el tema.⁹³ Además, es probable que las instituciones de la UE y los gobiernos nacionales sigan quedando atrás de los diseñadores de drogas y la naturaleza cambiante del mercado de las NSP.⁹⁴ Por otra parte, la introducción del concepto de proporcionalidad y la opción de regular –en lugar de prohibir– las NSP dentro del nuevo sistema plantea cuestiones interesantes sobre el daño relativo de sustancias orgánicas, como el cannabis, que actualmente se encuentran sometidas a los controles más estrictos del marco de clasificación internacional de la ONU.

Cuadro 3 La Ley de Sustancias Psicoactivas de Nueva Zelanda

Al otro lado del planeta, Nueva Zelanda se enfrentaba a una avalancha de NSP que superaba el alcance de la legislación existente en materia de control de drogas.⁹⁵ Nueva Zelanda aprobó en julio de 2013 lo que parecía ser un innovador Proyecto de ley sobre Sustancias Psicoactivas.⁹⁶ La Ley resultante estableció un marco jurídico para el ensayo, la fabricación, la venta y la regulación de productos psicoactivos que antes no estaban sometidos a control, asignando a los fabricantes la responsabilidad de demostrar que un producto presentaba “un bajo riesgo” antes de que se pusiera a la venta. Con este fin, se creó una Agencia de Reglamentación de Sustancias Psicoactivas en el seno del Ministerio de Salud, encargada de garantizar que los productos cumplieran las normas de seguridad apropiadas antes de que se pudieran distribuir en Nueva Zelanda.

La Ley, fundamentada en el pragmatismo, las pruebas empíricas y la protección de la salud, reconocía la demanda de sustancias psicoactivas y, por lo tanto, se centraba en tratar de asegurar de que esta quedara cubierta con pocos riesgos. A diferencia de la legislación anterior, proporcionaba alternativas al enfoque de justicia penal e intentaba proteger la salud de los usuarios “sin poner un acento indebido en la ilegalidad y el castigo”.⁹⁷ Por ese motivo, los delitos previstos por la Ley se centraban principalmente en la fabricación y el suministro ilegal. La Ley también incorporaba un mecanismo de revisión, que permitía que cada cinco años se replantearan aspectos de la legislación si se consideraba que no estaban funcionando según lo previsto. Por otra parte, aunque la Ley eximía al Gobierno de la obligación de demostrar el nivel de riesgo de las sustancias y se la trasladaba a los fabricantes, las autoridades seguían manteniendo

el control al poder retirar rápidamente un producto del mercado. La intención era que el marco legislativo también fomentara que los fabricantes crearan productos de bajo riesgo, en lugar de intentar eludir la ley constantemente fabricando variantes químicas con daños potenciales desconocidos. Los productos autorizados solo estarían disponibles en determinados establecimientos, irían acompañados de advertencias sanitarias y estarían sujetos a publicidad restringida solo en el punto de venta.

En el marco de la Ley, a 41 de las sustancias de menor riesgo se les concedió una autorización provisional; sin embargo, en abril de 2014, el gobierno suspendió esas autorizaciones. Según el ministro de Salud, Peter Dunne, este repentino cambio normativo se vio propiciado por un aumento de los informes relativos a los efectos secundarios nocivos de las sustancias en cuestión. Las resoluciones de la Ley se modificaron posteriormente, poniendo fin a las autorizaciones provisionales que habían permitido que se vendieran ciertas sustancias antes de que finalizaran todas las pruebas. Se han revocado todas las licencias provisionales para la venta al detalle de NSP, y ahora es ilegal suministrar y poseer esos productos.

El retroceso en la política de Nueva Zelanda se vio impulsado por los temores de una economía sumergida y el uso masivo de drogas, y por un intento de prevenir daños mediante la aplicación de controles. Lo irónico del caso es que, probablemente, la Ley representaba el mejor método disponible para regular el mercado, y su modificación –que en la práctica supone un abandono de sus principios– significa que, en realidad, el Estado tiene poco o ningún control sobre el mercado, que, después de un prometedor inicio, vuelve a estar en manos de delincuentes.

Polémicas en torno a la clasificación del khat

El khat (o qat), una planta con hojas que se mastican por sus propiedades como estimulante ligero, no está sujeto actualmente a fiscalización internacional. El Comité Consultivo sobre el Tráfico del Opio y otras Drogas Nocivas de la Sociedad de las Naciones examinó el khat por primera vez en 1933 y, desde entonces, la sustancia ha aparecido varias veces en la agenda internacional. Varios estudios, incluido el del Laboratorio de Estupefacientes de la ONU, identificaron posteriormente una serie de alcaloides fenilalquilaminicos como los principales compuestos psicoactivos de la planta del khat: la catinona y la catina (norpseu-

doefedrina), y, en menor medida la norefedrina. La catinona es inestable y se descompone rápidamente después de la cosecha y durante el secado de la materia vegetal, principal motivo por el que las personas que lo mastican prefieren las hojas de khat frescas. Las hojas secas, con niveles de catinona mucho más bajos, se suelen utilizar para preparar té, conocido como té de Arabia o té de Abisinia.

La catinona y la catina son alcaloides con unos efectos sobre el sistema nervioso central parecidos a los de la Anfetamina, aunque son menos potentes. A principios de la década de 1980, todas las sustancias de tipo Anfetamínico se habían reunido en un mismo grupo

sometido a fiscalización internacional. La catinona y la catina, siguiendo una recomendación de 1985 del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (ECDD), se añadieron a la lista de sustancias controladas del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (en la Lista I y III, respectivamente).⁹⁸ La norefedrina se incluyó posteriormente en la lista de precursores fiscalizados por la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, ya que se usaba con frecuencia para la fabricación ilícita de anfetamina.

En 2006, tras un examen crítico del khat, el Comité de Expertos de la OMS concluyó que no era necesario clasificar la planta en sí: "El Comité examinó los datos sobre el khat y estimó que las posibilidades de uso indebido y dependencia eran escasas. El nivel de uso indebido y el riesgo que plantea para la salud pública no justifican someterlo a fiscalización internacional. Por lo tanto, el Comité no recomendó que se clasificara la sustancia. El Comité reconoció que el consumo excesivo de khat planteaba algunos problemas sociales y de salud, y sugirió que se emprendieran campañas para disuadir a las personas de utilizarlo de un modo que pueda conllevar a consecuencias negativas".⁹⁹

Polémicas en torno a la clasificación de nuevas sustancias psicoactivas

A diciembre de 2014, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (ONUDD) tenía constancia de 541 NSP distintas, en comparación con apenas 126 en 2009. Esta prolífica clase de drogas ha suscitado el pánico entre muchos gobiernos nacionales y ha impuesto una enorme presión sobre los métodos tradicionales de examen y clasificación que se han desarrollado antes de la inclusión de las sustancias en listas. Las NSP se pueden desarrollar a una velocidad extrema, y muchas veces se comercializan a través de internet y redes sociales. Una vez se ha clasificado una sustancia, se pueden producir y comercializar variaciones químicas que no están sometidas a ningún

tipo de control y, de esta manera, sortear la ley. Para los gobiernos y los organismos policiales resulta problemático –y a menudo imposible– seguir el ritmo. Por este motivo, se ha experimentado con nuevos enfoques, en especial en el ámbito de la UE (véase el cuadro 2) y en Nueva Zelanda (véase el cuadro 3).

Recursos clave

- Advisory Council on the Misuse of Drugs (2013), *Khat: A review of its potential harms to the individual and communities in the UK*, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/144120/report-2013.pdf
- Hallam, C. Bewley-Taylor, D. y Jelsma, M. (2014), *La clasificación en el sistema de fiscalización internacional de estupefacientes* (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas y Transnational Institute), <http://idpc.net/es/publications/2014/06/la-clasificacion-en-el-sistema-de-fiscalizacion-internacional-de-estupefacientes>
- McCullough, Wood, J. y Zorn, R. (septiembre de 2013), *New Zealand's psychoactive substances legislation* (Londres: Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas y New Zealand Drug Foundation), <http://idpc.net/publications/2013/09/idpc-briefing-paper-new-zealand-s-psychoactive-substances-legislation>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2015), *Legal approaches to controlling new psychoactive substances*, <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/controlling-new-psychoactive-substances>
- Scholten, W. (2014), *Hoja informativa sobre la propuesta para discutir la clasificación internacional de la ketamina en la 58ª CND*, <http://idpc.net/es/publications/2015/01/hoja-informativa-sobre-la-propuesta-de-discutir-la-clasificacion-internacional-de-ketamina-en-la-58-sesion-de-la-cnd>

Fotografía: Creative Commons Eestli



Hojas de khat

2.2

Garantizar el acceso a sustancias controladas con fines médicos y científicos

Principales recomendaciones

- Se deberían revisar las regulaciones nacionales de control de drogas en base a las directrices de la OMS de 2011,¹⁰⁰ para garantizar que no interfieran innecesariamente con la disponibilidad y acceso de medicamentos controlados, en especial de analgésicos opioides
- Se deberían revisar los estimados anuales de sustancias controladas para fines médicos y científicos de acuerdo con las directrices de la JIFE y la OMS para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional,¹⁰¹ y las previsiones se deberían ajustar según proceda
- Se debería proporcionar formación adecuada sobre el uso de medicamentos fiscalizados a todas las personas trabajadoras de la salud, e incorporar esta formación en los planes de estudio de grado y posgrado de todos los trabajadores de la salud que sean relevantes
- Se deberían revisar las estrategias nacionales de salud, incluidas aquellas sobre cáncer, enfermedades no transmisibles y VIH, para garantizar que se aborde debidamente la necesidad de contar con cuidados paliativos
- Se deberían promover, efectuar y financiar más estudios científicos sobre el valor médico del cannabis y sustancias psicodélicas.¹⁰²

Introducción

Algunas sustancias controladas por los tratados de fiscalización internacional de drogas se utilizan normalmente en la atención de la salud de diversos campos de la medicina, como la anestesia, la dependencia de drogas, la salud materna, la salud mental, la neurología, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido 12 medicamentos que contienen sustancias sometidas a control internacional en su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales: buprenorfina, codeína,

diazepam, efedrina, ergometrina, hidromorfona, lorazepam, midazolam, metadona, morfina, oxicodona y fenobarbital.¹⁰³ Estos representan “los medicamentos mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud” y “los medicamentos más eficaces, seguros y costo-efectivos”.¹⁰⁴ Algunos países también aplican controles nacionales parecidos sobre otros medicamentos esenciales al margen de lo prescrito por el derecho internacional, como la ketamina¹⁰⁵ (para más información, véase el capítulo 2.1).

Aunque asegurar la disponibilidad adecuada de sustancias controladas para fines médicos y científicos es uno de los objetivos fundamentales de las convenciones de drogas de la ONU, el sistema y los Estados miembros de las Naciones Unidas no han conseguido, hasta la fecha, cumplir este objetivo. La OMS estima que 5.500 millones de personas viven en países con un acceso escaso o nulo a medicamentos controlados, y que cada año decenas de millones de personas en estos países padecen un dolor moderado a severo sin tener acceso a tratamiento, entre las cuales 5,5 millones de personas viven con cáncer terminal y un millón con VIH/SIDA en fase avanzada.¹⁰⁶

Este régimen de control internacional de drogas también interfiere con la investigación científica de los potenciales usos médicos de sustancias fiscalizadas. Cada vez más pruebas sugieren que sustancias como el cannabis y los cannabinoides, la heroína, la ketamina, la cetobemidona, el LSD y el MDMA tienen usos médicos en el tratamiento de varias afecciones, como el dolor, la esclerosis múltiple, la dependencia de drogas, el glaucoma, la depresión, el trastorno de estrés postraumático y la enfermedad de Parkinson.¹⁰⁷ Sin embargo, el hecho de que estas sustancias se clasifiquen en las listas de los tratados de control de drogas que no reconocen ningún uso médico o científico, crea significativos obstáculos normativos y financieros para la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos.¹⁰⁸

Asuntos legislativos y de política relacionados

La Convención Única de 1961 y el Convenio Único sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 articulan una



La doctora Gloria Domínguez Castillejos, directora clínica de una unidad especializada en dolor, habla con una paciente en el Hospital Doctor Ángel Leaño en Guadalajara, México

doble obligación para los Estados con respecto a las sustancias controladas y su uso médico: los países deben garantizar su disponibilidad para fines médicos y científicos y, al mismo tiempo, evitar su uso y desviación para otros usos (es decir, recreativos y no médicos).¹⁰⁹ La Convención Única plantea cuatro requisitos básicos para la reglamentación nacional de los analgésicos opioides, que se encuentran en la lista más estricta de sustancias con fines médicos:

- Las personas que distribuyen el medicamento deben contar con la debida licencia, ya sea en virtud de su licencia profesional o por un procedimiento especial de concesión de licencias
- Solo instituciones o personas autorizadas pueden manejar y entregar estos medicamentos
- Los medicamentos solo se pueden entregar a un paciente que cuente con una receta médica
- Se conservarán registros de los movimientos de estos medicamentos por un período mínimo de dos años.¹¹⁰

La Convención de 1971 incluye disposiciones parecidas para las sustancias psicotrópicas. Sin embargo, tanto la Convención de 1961 como la de 1971 abren explícitamente la puerta a que los países adopten medidas de control más estrictas o más severas que las previstas por los mismos tratados de control de drogas, como un formulario de receta especial para los medicamentos fiscalizados, en caso de estimarlo necesario.¹¹¹ En cambio, los párrafos operativos específicos que exijan a los Estados Partes garantizar el acceso a medicamentos controlados brillan por su ausencia.

Muchos países han adoptado reglamentaciones en torno a sustancias controladas que van más allá de los requisitos de la Convención de 1961 o del Convenio de 1971. A menudo, estas reglamentaciones interfieren directamente con la práctica médica y hacen que los pacientes no puedan acceder a medicamentos controlados. Entre las barreras más habituales en las

legislaciones nacionales, cabe mencionar:

- requisitos de formularios de recetas especiales
- limitación sobre el número de días que puede extenderse una receta
- limitación sobre qué profesionales de la salud pueden prescribir sustancias controladas
- requisitos de licencias adicionales para hospitales, farmacéuticos y trabajadores de la atención de la salud
- requisitos de registros o informes adicionales
- limitación sobre las dosis diarias que se pueden prescribir.

Por otra parte, las leyes sobre sustancias controladas de algunos países imponen severas sanciones penales a los trabajadores de la salud, a veces incluso en el caso de que se produzcan errores involuntarios en el manejo de estas.

La OMS,¹¹² la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE),¹¹³ la Comisión de Estupefacientes (CND),¹¹⁴ la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)¹¹⁵ y la Asamblea Mundial de la Salud (AMS)¹¹⁶ han instado en repetidas ocasiones a los Estados miembros de la ONU a examinar sus normas sobre sustancias controladas, para garantizar que no interfieran innecesariamente con el uso médico. La OMS también ha publicado directrices dirigidas a los países sobre la revisión de las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas.¹¹⁷

Asuntos de implementación

Las barreras normativas no son el único motivo que explica por qué la disponibilidad de medicamentos controlados, en especial de opioides analgésicos, está tan limitada en gran parte del mundo. Pocos gobiernos han creado sistemas de suministro y distribución

Cuadro 1 México revisa su sistema de prescripción y dispensación de analgésicos opioides

El 15 de junio de 2015, México introdujo un nuevo sistema para la prescripción y distribución de analgésicos opioides, en respuesta a la preocupación de que el viejo sistema era tan intrincado que privaba a personas con enfermedades avanzadas de acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento del dolor. El nuevo sistema permite a los médicos descargar desde un sitio web seguro recetas especiales con códigos de barras necesarios para prescribir analgésicos opioides. También introduce un sistema de registro electrónico para las farmacias.¹¹⁸

Antes de junio de 2015, los médicos tenían que viajar en persona a las capitales de estado para obtener las etiquetas con código de barras que la legislación mexicana exigía para recetar analgésicos opioides. Esto requería mucho tiempo y desalentaba a muchos médicos de prescribir estos medicamentos. Además, las farmacias tenían que mantener un seguimiento de todas las transacciones relacionadas con estos medicamentos en varios libros de control, lo cual les suponía una carga burocrática considerable. Según un informe publicado en 2014 por Human Rights Watch, las regulaciones en México eran tan complejas que la gran mayoría de los médicos, especialmente los que vivían fuera de las capitales de estado, simplemente no recetaban estos medicamentos y que muy pocas farmacias los tenían en reserva.¹¹⁹

Además de simplificar la prescripción de analgésicos opioides, el sistema electrónico también me-

joró la supervisión de su uso por parte del gobierno. Hasta entonces, las farmacias no podían escanear las etiquetas de código de barras en las recetas de analgésicos opioides para certificarlas porque no estaban vinculados a un sistema central. El requisito de los códigos de barras, diseñado para permitir una estrecha supervisión de la prescripción y dispensación de analgésicos opioides, no solo no impedía el uso ilícito, sino que también creaba una barrera importante para su uso legítimo.

Bajo el nuevo sistema, las farmacias podrán certificar las recetas utilizando el código de barras, y las etiquetas quedan automáticamente anuladas una vez que hayan sido escaneadas. El nuevo sistema para la prescripción de analgésicos opioides forma parte de una serie de medidas por parte del gobierno mexicano para mejorar el acceso a los cuidados paliativos y la atención al final de la vida. El tratamiento del dolor es un componente importante de este tipo de atención médica.

En diciembre de 2014, el Ministerio de Salud emitió directrices para que el sistema nacional de salud implementara las disposiciones sobre la atención al final de la vida, detalladas en la ley general de salud de México de 2009, y creó un departamento para el desarrollo de cuidados paliativos. En enero de 2015, el gobierno adoptó un acuerdo interinstitucional sobre los cuidados paliativos, haciéndolos obligatorios e instruyendo a las escuelas de medicina a incluirlo en sus planes de estudio.



Fotografía: Ed Kasiv/VII/Human Rights Watch

Doña Remedios y su hija, Orlanda Hernández Ramírez, de 44 años, viajan muy temprano para recibir cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología de Ciudad de México, 2014

Cuadro 2 La mejora del acceso a los analgésicos opioides en Kenia

Kenia ha logrado avances significativos en la mejora del acceso a los analgésicos opioides en los últimos cinco años; el consumo de morfina se triplicó en ese mismo período. En 2010, el acceso a los analgésicos opioides era muy limitado y solo estaba disponible en unos pocos hospitales del país. Según un informe publicado en 2010 por Human Rights Watch, Kenia reconocía la morfina oral como un medicamento esencial, pero su principal proveedor farmacéutico –la Agencia de Suministros Médicos de Kenia (KMSA), encargada de abastecer de medicamentos esenciales a los hospitales públicos– no compraba ni almacenaba morfina oral. Por ese motivo, los hospitales debían negociar individualmente con las compañías farmacéuticas para obtener este fármaco. Además, el gobierno recaudaba un impuesto sobre las importaciones de morfina en polvo, lo cual incrementaba su precio.¹²⁰ Como la ley de drogas de Kenia preveía duras penas de prisión por la posesión ilícita de morfina y no ofrecía directrices detalladas sobre la posesión lícita para trabajadores de la salud y pacientes, muchos proveedores de salud veían la morfina como una sustancia peligrosa más que como un medicamento esencial para el dolor.

Desde 2010, Kenia ha adoptado medidas importantes para mejorar el acceso a analgésicos opioides. Ha integrado los cuidados paliativos en el sistema de salud pública, desarrollado protocolos clínicos e introducido varios programas de formación que incluyen el uso de analgésicos opioides. En 2013, la Agencia de Suministros Médicos de Kenia empezó a adquirir morfina mediante un sistema centralizado para los hospitales públicos, y el gobierno retiró el impuesto sobre la morfina en polvo. En consecuencia, para finales del 2014, 43 hospitales públicos ofrecían cuidados paliativos y todos ellos contaban con un suministro estable de morfina.¹²¹

eficaces para estos medicamentos; no tienen políticas de salud o directrices relevantes para los profesionales; no aseguran que los trabajadores de la salud reciban instrucciones sobre el uso de medicamentos controlados como parte de su formación; y no dedican suficientes esfuerzos para garantizar que sean asequi-

bles.¹²² Los mitos sobre los medicamentos controlados entre los profesionales de la salud y el público en general, así como los temores, a menudo infundados, de desviación para fines ilícitos, son factores clave que obstaculizan un mejor acceso a medicamentos controlados.

En el caso del tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, estos factores se combinan para crear un círculo vicioso de falta de tratamiento en muchos países. Como el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos no son prioridades normativas, los trabajadores de la salud no reciben la formación necesaria para evaluar los medicamentos necesarios para tratar el dolor moderado a severo. Esto lleva a una falta de tratamiento generalizada y a una baja demanda de analgésicos opioides. Del mismo modo, las complejas reglamentaciones para la adquisición y la prescripción, así como la amenaza de fuertes castigos que se ha mencionado anteriormente, disuaden a farmacias y hospitales de almacenar estos medicamentos, y a los trabajadores de la salud de recetarlos, lo cual se traduce de nuevo, en una baja en la demanda. Esto, a su vez, refuerza la baja prioridad dada al manejo del dolor y a los cuidados paliativos. Este bajo nivel de priorización no es reflejo de la baja prevalencia del dolor, sino de la invisibilidad de sus víctimas.

Para romper este círculo vicioso, los gobiernos y la comunidad internacional deberían:

- adoptar un enfoque multidimensional que se centre en eliminar las barreras normativas y las sanciones penales con respecto a los usos médicos legítimos de medicamentos controlados
- desarrollar políticas de salud, como estrategias nacionales sobre el cáncer o sobre enfermedades no transmisibles, que identifiquen los cuidados paliativos como un objetivo, y que integren estos servicios en el sistema de salud
- subsanar las deficiencias en la formación sobre el uso de medicamentos controlados entre los trabajadores de la salud
- tomar medidas para asegurar un sistema de abastecimiento y distribución adecuado.

Recursos clave

- Duthey, B. y Scholten, W. (2014), 'Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global and regional level in 2010, its relation to development level and changes compared to 2006', *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(2): 283-97, doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.03.015
- Comisión Global de Políticas de Drogas (octubre de 2015), *El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: La crisis global de dolor evitable*, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

- Hallam, C. (diciembre de 2014), *El régimen internacional de control de drogas y el acceso a medicamentos fiscalizados* (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas y Transnational Institute), <http://idpc.net/es/publications/2015/01/el-regimen-internacional-de-control-de-drogas-y-el-acceso-a-medicamentos-fiscalizados>
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes y Organización Mundial de la Salud (2012), *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19246es/s19246es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2011), *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75837/1/9789243564173_spa.pdf?ua=1

Prevención del consumo de drogas

Principales recomendaciones

- Los programas de prevención se deberían basar en pruebas disponibles sobre su efectividad y costo-efectividad, y estar en consonancia con los estándares internacionales mínimos de calidad
- La prevención del consumo de drogas se debería entender como parte —y no como un sustituto— de un enfoque integral centrado en la salud frente al uso y la dependencia de drogas, junto con la reducción de daños, el tratamiento de la dependencia de drogas, y los servicios de atención y apoyo
- Los objetivos de la prevención del uso de drogas deberían ser realistas y basarse en una evaluación sincera de las realidades locales y los recursos disponibles
- La prevención del uso de drogas se debería centrar en minimizar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección en la vida de las personas y/o los grupos destinatarios
- La prevención del consumo de drogas debe procurar evitar aumentar el estigma social y la marginalización de las personas que usan drogas
- Los programas de prevención del consumo de drogas deberían ser objeto de evaluaciones científicas de procesos y resultados a corto y largo plazo, con el fin de evaluar la efectividad y el impacto de las intervenciones, y debería incluir mecanismos para adaptar los programas a nuevos patrones de uso y a nuevas realidades sobre el terreno.

Introducción

La prevención del consumo de drogas podría definirse como toda actividad, campaña, programa o política destinada a evitar, retrasar o reducir el uso de drogas y/o sus consecuencias negativas, ya sea entre la población general o entre grupos de población específicos.

Hasta la fecha, en el campo de la prevención del consumo de drogas se han desarrollado un sinnúmero de intervenciones. En muchos países, estas intervenciones se han guiado por el principio de la disuasión, es decir, la creencia de que las personas no usarán drogas si se les informa de los efectos negativos de su uso y de las duras penas a las que se enfrentan por ello. Sin embargo, a pesar de que los gobiernos hayan destinado de forma constante importantes recursos a estas intervenciones, las pruebas disponibles indican que los índices de uso de drogas entre las personas jóvenes se mantienen elevados,¹²³ y que han sido poco afectados por los enfoques de prevención aplicados hasta la fecha.

El fracaso de estas intervenciones (que muchas veces adoptan el formato de grandes campañas mediáticas) se puede explicar por el hecho de que tienen poco en común con las experiencias vividas por los jóvenes, pueden incrementar las creencias normativas (es decir, que el uso de drogas es algo normal y extendido) y no abordan los factores que más influyen en las decisiones de las personas frente al consumo de drogas: la moda y la percepción de las normas sociales, la presión o selección de pares, el bienestar emocional, la igualdad social y comunitaria, etc.¹²⁴

Invertir en la prevención del consumo de drogas basada en pruebas empíricas no solo reduce los daños individuales, familiares y comunitarios asociados con el uso ilícito de drogas, sino que también puede rebajar de forma notable los costos para la sociedad. En los últimos 20 años ha incrementado la evidencia que muestra que los esfuerzos de prevención bien diseñados y dirigidos pueden traducirse en ahorros significativos.¹²⁵

Por lo tanto, el principal desafío al que se enfrentan los responsables de políticas es desarrollar e poner en práctica programas de prevención de drogas que se basan en la evidencia disponible sobre la efectividad y la costo-efectividad, que respondan a las necesidades y contextos locales, y que sean relevantes y significativos para la población o poblaciones a las que van dirigidos.

Asuntos legislativos y de política relacionados

Fijar objetivos realistas para las intervenciones de prevención

El primer desafío que deben afrontar las personas encargadas de la formulación de políticas es establecer objetivos claros que se desean lograr con las intervenciones preventivas. Un error común es creer que una intervención eficaz para la prevención del consumo de drogas consiste solo en informar –normalmente como una advertencia– a las personas jóvenes sobre los peligros asociados con el consumo de drogas. En este sentido, la prevención a menudo se equipara a tácticas para infundir miedo, consagradas en grandes campañas mediáticas. Sin embargo, no existen pruebas que apunten a que este enfoque haya influido en las conductas relacionadas con el uso de drogas. Por el contrario, algunos programas muy costosos en medios de comunicación, en particular una campaña mediática sobre el cannabis que fue bien evaluada en los Estados Unidos, no han tenido impacto en los niveles de consumo, pero han resultado contraproducentes para ciertos subgrupos, al dar la impresión de que el consumo de cannabis era algo más normal y estaba más extendido de lo que realmente estaba.¹²⁶

Como ya se ha venido señalado, uno de los principales objetivos de la prevención del consumo de drogas suele ser ayudar a las personas a evitar o retrasar el inicio en el consumo, o si ya se ha iniciado, a evitar que se convierta en un uso problemático. Sin embargo, en realidad, el reto de la prevención es mucho más amplio; debería tener como objetivo principal el contribuir a la participación positiva de niños, niñas, jóvenes y personas adultas con sus familias, escuelas, lugares de trabajo y comunidades. Así como generar habilidades y capacidades importantes que ayudarán a las personas a responder a las diversas influencias que tendrán en

su vida, como las normas sociales, la interacción con sus pares, las condiciones de vida y sus propios rasgos de personalidad.¹²⁷

Las pruebas disponibles recopiladas durante los últimos 20 años en el campo de la prevención ofrecen una lectura más completa sobre:

- Qué propicia que las personas sean más vulnerables a experimentar problemas con el uso de drogas: los llamados “**factores de riesgo**”. Estos incluyen rasgos de personalidad, problemas de salud mental, abandono y abusos familiares, escaso apego a la escuela y la comunidad, normas sociales y entornos que refuerzan el uso de drogas, y crecer en comunidades marginalizadas y desfavorecidas
- Qué propicia que las personas sean menos vulnerables a experimentar problemas con el uso de drogas: los llamados “**factores de protección**”. Estos pueden incluir mayor bienestar psicológico y emocional, mayores competencias personales y sociales, un mayor apego a familias afectuosas, oportunidades económicas accesibles, y escuelas y comunidades con suficientes recursos y bien organizadas.¹²⁸

Algunos de los factores que aumentan la vulnerabilidad de las personas (o, por el contrario, las hace más resistentes) a iniciar el consumo de drogas o a experimentar un uso problemático varían de acuerdo a la edad; los factores de riesgo y de protección van cambiando a lo largo de la infancia, la niñez y la adolescencia temprana (por ejemplo, los lazos familiares, la presión de grupo, etc.). En etapas posteriores de la vida, la escuela, el lugar de trabajo, de entretenimiento y los medios de comunicación pueden contribuir a hacer que las personas sean más propensas a usar drogas y a adoptar conductas de riesgo. Lo más importante es que exista una interacción dinámica de los factores de vulnerabilidad en el nivel personal (biológico y psicológico) y ambiental (familia, sociedad, escuela, etc.).



Píldoras azules, amarillas y rojas. India, 2011

Fotografía: Colección privada

Es improbable que se alcance una reducción significativa del uso de drogas en la sociedad en general solo a través de una intervención de prevención por sí sola. Sin embargo, la evidencia demuestra que algunas intervenciones de prevención han logrado resultados positivos en lo que se refiere a retrasar la iniciación del consumo de drogas y fortalecer la capacidad de las personas para evitar problemas con las drogas.

Elegir el método de prevención adecuado

Existen cuatro grandes categorías de intervenciones de prevención:¹²⁹ algunas de ellas han demostrado ser más adecuadas que otras en determinadas situaciones o para un grupo concreto de personas:

1. Prevención universal; es decir, intervención dirigida a la población en general. Este es el enfoque más amplio ante la prevención, dirigido al público general sin ningún filtro previo sobre el riesgo en el uso de drogas. Por lo tanto, estas intervenciones asumen que todos los miembros de la población se encuentran en igual situación de riesgo de iniciarse en el consumo. Las intervenciones de prevención universal deberían concentrarse en el desarrollo de habilidades y la interacción entre pares y la vida social, y se pueden desplegar en escuelas, comunidades o lugares de trabajo. Las pruebas disponibles demuestran que las grandes campañas mediáticas son costosas y no han conseguido reducir los niveles de uso, y sin embargo muchas veces han acentuado los niveles ya altos de estigma que experimentan las personas que usan drogas.¹³⁰ No obstante, algunos programas de prevención universal bien diseñados y financiados, dirigidos a niños y niñas en edad escolar y que utilizan un enfoque interactivo y de creación de capacidades, han tenido cierto impacto en los niveles de uso de drogas (véase el cuadro 1).

2. Prevención selectiva; es decir, intervención dirigida a grupos (vulnerables) específicos. Estas intervenciones se dirigen a subpoblaciones concretas cuyo riesgo de iniciarse en el uso de drogas o experimentar dependencia de drogas es notablemente superior a la media. Con frecuencia, la mayor vulnerabilidad al uso de drogas deriva de la exclusión social (por ejemplo, jóvenes ofensores, niños, niñas y jóvenes que han abandonado la escuela, minorías étnicas marginalizadas, etc.) o de ciertos contextos sociales (jóvenes en entornos de fiestas). Por lo tanto, las intervenciones de prevención selectiva suelen abordar los factores de riesgo social (como las condiciones de vida y el entorno social) que hacen que este grupo específico sea más vulnerable al uso de drogas. Las pruebas disponibles demuestran que las intervenciones de prevención selectiva que utilizan programas interactivos, con varios componentes dirigidos por pares, centrados en enseñar habilidades sociales y para enfrentar situaciones difíciles han tenido un ligero efecto positivo para

Cuadro 1 Prevención universal en la escuela: el programa “Unplugged”

“Unplugged” es un programa de prevención de drogas dirigido a escuelas que fue concebido a escala europea y que ha sido objeto de varias evaluaciones. El objetivo del programa era reducir la prevalencia del uso de sustancias ilícitas, alcohol y tabaco entre jóvenes, retrasar la iniciación del uso y detener la transición hacia un uso problemático. El programa se basa en la influencia social integral y en un enfoque interactivo que comprende formación y el fortalecimiento de habilidades sociales para enfrentar situaciones difíciles. Consta de 12 sesiones de una hora que imparte semanalmente profesores del centro educativo. Los profesores reciben un manual detallado que les guía en la organización de las sesiones, y que incluye sugerencias prácticas para fomentar la comunicación, la capacidad de escucha y para promover el diálogo con los alumnos y alumnas. La formación del profesorado fue un componente fundamental de “Unplugged” para garantizar una buena calidad en la ejecución del programa.¹³¹

El programa fue evaluado entre 2004 y 2007 en Alemania, Austria, Bélgica, Grecia, España, Italia y Suecia, con la participación de 143 escuelas y 7.079 alumnos. La evaluación mostró que el programa “Unplugged” había reducido el uso de cannabis, un impacto que se extendió durante un período de seguimiento de 18 meses. Tras la evaluación, “Unplugged” se replanteó y la segunda fase del proyecto incorporó un manual revisado para el profesorado y nuevas tarjetas para usar en las sesiones interactivas con los y las estudiantes.¹³²

retrasar la iniciación en el consumo de drogas, así como a mejorar las capacidades cognitivas y la autoestima (véase el cuadro 2).¹³³

3. Prevención indicada; es decir, intervención dirigida a personas concretas (vulnerables). Estos programas están dirigidos a personas que se identifican en situación de mayor riesgo de experimentar problemas con el uso de drogas. Entre los criterios para evaluar dichos riesgos se encontrarían trastornos mentales, fracaso social, comportamientos antisociales, hiperactividad e impulsividad. El objetivo de la prevención personalizada no es necesariamente evitar la iniciación del consumo de drogas, sino más bien prevenir el desarrollo de la

Cuadro 2 Programa de prevención selectiva entre familias vulnerables en Portugal: “En busca del tesoro familiar”¹³⁴

El programa “En busca del tesoro familiar” se puso en marcha en 2004 en Portugal para reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección familiares relacionados con el uso ilícito de drogas. El programa estaba dirigido a familias en condiciones de vulnerabilidad con hijos e hijas de 6 a 12 años, y tenía por objetivo evitar el uso de drogas, pero también la delincuencia, la violencia y los problemas de salud mental. Estaba compuesto por sesiones con padres, niños, niñas y sus familias. Los objetivos del programa se incluían:

- rebajar el uso de acciones disciplinarias severas o inadecuadas por parte de los padres
- mejorar las relaciones entre padres e hijos mediante mejores habilidades para la crianza
- aumentar la supervisión y monitoreo de los padres
- incrementar la calidad de la comunicación, fortalezas y la resiliencia familiar
- disminuir la hiperactividad y falta de atención de los niños y niñas, los síntomas emocionales y los problemas con sus compañeros
- aumentar el comportamiento social de los niños.¹³⁵

El programa estaba organizado en torno a una búsqueda del tesoro familiar, a través de la cual las familias aprendían y descubrían sus fortalezas, los padres se formaban en habilidades de crianza

y los niños, en habilidades para la vida. Todo ello usando materiales y actividades atractivos, como formación en habilidades, discusiones en grupo, juegos de rol, libros de historietas, juegos, cuentos, etc.¹³⁶

Desde 2004, se capacitaron a unos 192 profesionales, y se desplegaron unos 15 programas de formación en Portugal y uno en España.¹³⁷ Según una evaluación del programa, realizada por los propios participantes, el 57% de los niños se benefició o se benefició mucho, y la mayoría de los padres informó que había puesto en práctica en su hogar las habilidades aprendidas en el programa. Las familias consideraban que el programa había mejorado la relación con sus hijos, aumentado el cumplimiento de las normas familiares y reducido sus problemas de falta de atención. Todos los padres dijeron sentirse satisfechos (37,5%) o muy satisfechos (65,5%) con el programa. En lo que se refiere a su impacto sobre el uso de sustancias, mientras el 91% de los participantes consumía alcohol cuatro o más veces por semana antes del programa, una vez finalizado, el 62,5% de los padres informó de abstinencia total, un 25%, del uso de alcohol una vez al mes, y solo un 12,5%, del uso de alcohol más de dos veces al mes. Por otro lado, la percepción de los riesgos asociados con el uso ilícito de drogas aumentó notablemente entre los niños que participaron en el programa, y los padres comunicaron bajos niveles de uso de todas las sustancias entre sus hijos.¹³⁸

dependencia. En este sentido, las intervenciones de prevención son más eficaces cuando están destinadas a resolver los problemas que no sean el uso de drogas, centrándose más bien en el contexto social y el desarrollo conductual de la persona afectada.¹³⁹

4. Prevención ambiental; es decir, intervenciones dirigidas a la sociedad y sistemas. Estas intervenciones y estrategias persiguen alterar los entornos culturales, sociales, físicos y económicos inmediatos en los que las personas toman sus decisiones sobre el uso de drogas. Esta perspectiva tiene en cuenta el hecho de que los individuos no se involucran en drogas únicamente por sus características personales, sino que también se ven influidos por un conjunto complejo de factores en su entorno, lo que se espera o se acepta en las comunidades en las que viven, los contextos jurídicos nacionales, y el precio, la calidad y la disponibilidad de drogas. Las estrategias de prevención ambiental suelen

incluir, principalmente, impuestos y prohibiciones sobre la publicidad, así como la limitación de la disponibilidad en entornos específicos a través de la concesión de licencias a minoristas, la restricción de las horas de apertura de los minoristas, etc. Estas medidas se han aplicado en gran medida para el alcohol y el tabaco, donde los gobiernos tienen la oportunidad de aplicar políticas reguladoras para conformar y estructurar el mercado legal. Políticas parecidas se están adoptando actualmente en los mercados regulados de cannabis en Uruguay y algunos estados de los Estados Unidos.¹⁴⁰

Consagrar la prevención en políticas de salud más generales

La prevención del consumo de drogas es solo uno de los componentes fundamentales de una política de drogas centrada en la salud, junto con la reducción de daños (véase el capítulo 2.4) y el tratamiento de la dependencia (véase el capítulo 2.5). En este sentido, un

Cuadro 3 Las normas de calidad europeas en materia de prevención de drogas¹⁴¹

El OEDT propone varias fases y componentes para garantizar que los programas de prevención de drogas sean eficaces y de buena calidad. Estos se presentan a continuación:

Consideraciones transversales:

- Sostenibilidad y financiación
- Comunicación y participación de las partes interesadas
- Formación y capacitación de personal
- Aspectos éticos

1. Evaluaciones de necesidades:

- Conocer las políticas y la legislación relacionada con las drogas
- Evaluar el uso de drogas y las necesidades de la comunidad
- Describir la necesidad y justificar la intervención
- Entender a la población destinataria

2. Evaluación de recursos:

- Evaluar los recursos de la población objetivo y de la comunidad
- Evaluar las capacidades internas

3. Formulación del programa:

- Definir a la población objetivo
- Utilizar un modelo teórico
- Definir fines, metas y objetivos
- Definir el contexto
- Utilizar la evidencia de efectividad
- Definir el calendario

4. Diseño de la intervención:

- El diseño debe responder a la calidad y la efectividad
- Si se selecciona una intervención existente
- Adaptar la intervención a la población destinataria
- Planificar las evaluaciones finales

5. Gestión y movilización de recursos:

- Planificar el programa
- Planificar las necesidades financieras
- Establecer el equipo
- Reclutar y retener a los participantes
- Preparar los materiales para el programa
- Presentar una descripción del proyecto

6. Ejecución y supervisión:

- Si se realiza una intervención piloto
- Ejecutar la intervención
- Supervisar la ejecución
- Ajustar la ejecución

7. Evaluaciones finales:

- Si se realiza una evaluación de resultados
- Si se realiza una evaluación de proceso

8. Difusión y mejora:

- Decidir si el programa se debería mantener
- Difundir información sobre el programa
- Elaborar un informe final

sistema eficaz de prevención del consumo de drogas debería:

- Estar integrado —y nunca sustituir— un sistema de control de drogas centrado en la salud y orientado a proporcionar tratamiento y atención a las personas que usan drogas, y a evitar las consecuencias sociales y de salud asociadas con el uso de drogas (por ejemplo, VIH/SIDA, hepatitis C, sobredosis, marginalización, etc.)
- Estar basado en el comprensión de que no todo uso de drogas es problemático
- Estar basado en el entendimiento de que la dependencia a las drogas es un estado de salud complejo con una combinación de causas biológicas, psicológicas y sociales

- Estar basado en evidencias de su efectividad y costo-efectividad
- Contar con las competencias y el apoyo a escala nacional de las debidas políticas y estrategias de salud pública; incluidas normas nacionales, formación para profesionales y la exigencia de que escuelas, lugares de trabajo y organismos sociales y de salud pongan en práctica intervenciones de prevención relevantes.

Asuntos de implementación

En el campo de la prevención de drogas se han desarrollado una serie de normas mínimas de calidad, que pueden ser de utilidad a la hora de diseñar y ejecutar un programa de este tipo (véase el cuadro 3).¹⁴²



Personas inyectándose heroína en Herat, Afganistán

Entre estas normas de calidad, los responsables de políticas deberían tener en cuenta varios temas específicos que se presentan a continuación.¹⁴³

Realizar una evaluación del uso de drogas y las necesidades de la comunidad

Este es el primer paso que se debe dar para una intervención de prevención eficaz, con el fin de obtener un conocimiento exhaustivo de las necesidades, los contextos locales y las poblaciones o grupos destinatarios, y evaluar la mejor forma de abordarlos. Esto entraña analizar los patrones de consumo de drogas en la población general y en grupos específicos, mediante estudios cuantitativos y cualitativos. Esta información se debería utilizar para dar prioridad a los programas basados en evidencia y para adaptar adecuadamente las intervenciones de prevención siempre que sea necesario para responder a nuevos patrones de uso y nuevos contextos socio-económicos y culturales. Se deberían estudiar atentamente los factores de riesgo y de protección, así como otros temas pertinentes, como la marginalización y las desigualdades sociales. Según el OEDT: “Un buen conocimiento de la población destinataria y de sus realidades es un requisito previo para una prevención de drogas efectiva, costo-efectiva y ética”.¹⁴⁴

Algunos ejemplos de normas de calidad:

- Las principales necesidades de la población se describen y, si es posible, se cuantifican
- La organización conoce los programas existentes y

recientes de prevención de drogas

- El programa complementa otros programas de promoción de la salud o de prevención de drogas a escala local, regional y/o nacional
- La cultura y las perspectivas sobre el uso de drogas de la población destinataria se incluyen en la evaluación de necesidades.

Realizar una evaluación de recursos

En función de su diseño y escala, los programas de prevención pueden ser muy baratos o extremadamente caros. Por lo tanto, es importante llevar a cabo una evaluación para entender mejor qué se puede lograr de manera realista con los recursos disponibles (incluidos los recursos humanos y financieros), y cuál debería ser el tipo y el alcance del programa. En contextos con pocos recursos, es importante evitar precipitarse y poner en marcha campañas llamativas que revelan una acción inmediata, pero que tienen poco impacto en el corto o largo plazo (como grandes campañas mediáticas). Además, el éxito o el fracaso de un programa de prevención depende en gran medida de la disposición del grupo destinatario y de otros actores interesados de participar o apoyar el programa y su ejecución.

Algunos ejemplos de normas de calidad:

- Se tienen en consideración las posibles fuentes de oposición y de apoyo al programa
- Se evalúa la capacidad de la población destinataria

para participar en el programa o apoyarlo

- Se evalúan los recursos y las capacidades internas (es decir, recursos humanos, organizativos, tecnológicos y financieros).

Evaluar la efectividad y la costo-efectividad de las intervenciones de prevención

Todo programa de prevención de drogas debería incluir un componente de supervisión científica y evaluación de resultados para valorar si las intervenciones en este ámbito han conseguido el objetivo deseado, y si están basadas en pruebas. En algunos casos, puede que los gobiernos opten por probar la intervención con un proyecto piloto, que puede ayudar a identificar los problemas prácticos y los puntos débiles de la ejecución del proyecto. Una vez que se dispone de suficiente evidencia sobre el impacto del proyecto, este se puede poner en práctica a mayor escala, y de ser necesario, adaptarlo para dar respuesta a cualquier problema que haya surgido durante la fase piloto. Mientras se despliega, el programa se debería supervisar con regularidad para ayudar a identificar cualquier necesidad de modificación. Los productos y los resultados se deberían analizar cuidadosamente y con regularidad para garantizar que la calidad del programa sea buena. La ejecución del programa debería ser flexible, para asegurarse de que este se pueda adecuar a las recomendaciones del proceso de monitoreo. Si se introducen modificaciones, deberían estar bien documentadas y evaluadas para ayudar a comprender su impacto sobre el programa.

Algunos ejemplos de normas de calidad:

- La intervención se ejecuta con una alta calidad y está orientada hacia los participantes

- La ejecución de la intervención está documentada de forma adecuada y de ser necesario se puede adecuar
- Los datos relativos a los resultados y el proceso se recaban con frecuencia y se revisan a menudo y de manera sistemática
- Las conclusiones de la evaluación indican cuales elementos se debe modificar para terminar con éxito el programa
- Las modificaciones introducidas al programa están bien justificadas y los motivos de las adecuaciones están documentadas.

Recursos clave

- Hawks, D., Scott, K., y McBride, M. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud)
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *European drug prevention quality standards*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *International standards on drug use prevention*, <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
- Organización Mundial de la Salud, *Prevention publications*, http://www.who.int/substance_abuse/publications/prevention/en/

2.4

Reducción de daños

Principales recomendaciones

- Los enfoques y principios de la reducción de daños se deberían integrar en todos los ámbitos de las políticas de drogas y en todos los servicios que trabajan con personas que usan drogas, incluidos los sectores de la salud, la asistencia social y la seguridad
- El paquete de intervenciones de reducción de daños respaldado por la ONU debería ampliarse para abordar otros daños además del VIH, y ofrecerse a una escala y de una forma que sea aceptable y accesible para las personas que usan drogas
- Los gobiernos y los donantes internacionales deberían garantizar suficientes fondos para proporcionar una respuesta óptima de reducción de daños. Se deberían redirigir fondos utilizados en prácticas punitivas de aplicación de la ley y destinarlos a la reducción de daños, que garantizará un mayor rendimiento por la inversión
- Se deberían eliminar las barreras jurídicas a la reducción de daños y otros servicios de salud (como el uso excesivo del encarcelamiento y las políticas de drogas represivas). Las prácticas de aplicación de la ley que menoscaban los servicios de reducción de daños se deberían replantear y corregir
- La reducción de daños se debería prestar de una forma que empodere a las comunidades y a las personas que usan drogas, así como incluirlas de manera significativa en el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas
- Los programas de reducción de daños deben ser sensibles al género, accesibles y adecuados a las personas jóvenes que usan drogas. Esto puede requerir la creación de servicios o programas especializados para mujeres, jóvenes u otros grupos específicos
- Los servicios de reducción de daños se deben ofrecer en prisiones y otros entornos de encierro, así como en las comunidades.

Introducción

La reducción de daños se ha revelado como una respuesta a las drogas fundamentada en evidencia, altamente efectiva y costo-eficaz en todo el mundo en los últimos 30 años. Este enfoque forma ahora parte de otros pilares básicos de las políticas de drogas –como la reducción de la demanda y de la oferta– y se distingue de estos en la medida en que pone su principal acento en reducir los daños, incluso aunque esto no se traduzca en una reducción de la prevalencia del uso de drogas, ni en la escala del mercado ilícito de drogas. La reducción de daños es una respuesta pragmática frente al uso de drogas, que acepta que si bien la abstinencia es un objetivo loable, puede que no resulte apropiado o deseable para algunas personas.

La organización Harm Reduction International define la reducción de daños como “políticas, programas y prácticas cuyo principal objetivo consiste en limitar las consecuencias sociales, económicas y de salud negativas del uso de drogas psicoactivas legales e ilegales sin reducir necesariamente su consumo”.¹⁴⁵ En algunos contextos, este enfoque se denomina “reducción de riesgos” o “minimización de daños”.

La reducción de daños es aplicable a todos los tipos de sustancias y usos de drogas. Históricamente, se ha asociado sobre todo con intervenciones dirigidas a reducir los daños para la salud asociados con la inyección de opioides. Esto ha dado lugar a una falta de atención a las intervenciones de reducción de daños orientadas a otros tipos de drogas y usos, en especial el uso de estimulantes. Dado que los patrones de consumo de drogas y las vías de administración están cambiando rápidamente, urge corregir esta situación.

La reducción de daños debería entenderse más como un conjunto de principios que como una lista de intervenciones (véase el cuadro 1). Se trata de un concepto que atañe tanto a la salud pública como a los derechos humanos, pero que también se centra en la seguridad pública. Entre los daños que busca abordar se encontrarían las sobredosis, las infecciones, sobrecarga penitenciaria, la violencia policial, la estigmatización, la marginalización o el abuso, por citar solo algunos. Por otro lado, la reducción de daños también debería tratar de empoderar a las personas que usan drogas e

Cuadro 1 Los principios de la reducción de daños¹⁴⁶

- La reducción de daños está dirigida a riesgos y daños
- La reducción de daños está basada en pruebas empíricas y es costo-efectiva
- La reducción de daños es progresiva, y reconoce la importancia de cualquier cambio positivo que las personas introducen en sus vidas
- La reducción de daños está arraigada en la dignidad y la compasión, y por lo tanto rechaza la discriminación, los estereotipos y la estigmatización
- La reducción de daños reconoce la universalidad y la interdependencia de los derechos humanos
- La reducción de daños cuestiona las políticas y prácticas que maximizan el daño, como la criminalización
- La reducción de daños valora la transparencia, la rendición de cuentas y la participación.

implicarlas en el diseño, la ejecución y la evaluación de políticas y programas.

Se estima que un total de 246 millones de personas de todo el mundo usan sustancias sometidas a control internacional.¹⁴⁷ Entre las 8,5 y 21,5 millones de personas que se inyectan drogas, cerca del 13,5% vive con el VIH, lo cual supera con creces la prevalencia en la población general.¹⁴⁸ Si bien solo una minoría de las personas que usan drogas desarrollan una dependencia, la mayoría experimenta un incremento de los riesgos como consecuencia de la criminalización y la marginalización. Se calcula que un 52% de las personas que se inyectan drogas vive con la hepatitis C y se cree que cada año se producen cerca de 200.000 muertes relacionadas con drogas, sobre todo por sobredosis.¹⁴⁹ Por otro lado, cada vez hay más pruebas que apuntan a los daños asociados con el uso de drogas no inyectadas, en especial la práctica de esnifar y fumar cocaína y sus derivados. En América Latina, cada vez hay más evidencias de que dicho uso está asociado con una mayor vulnerabilidad al VIH y la hepatitis C, así como a infecciones pulmonares.¹⁵⁰ Sin embargo, se precisan más datos en este ámbito.

Asuntos legislativos y de política relacionados

Los datos y las estadísticas disponibles demuestran claramente que se necesitan servicios e intervenciones que persigan proteger la salud y el bienestar de las personas que usan drogas, prevenir las infecciones y prolongar la vida, así como políticas que eliminen las barreras de acceso a la salud o la justicia.

El concepto de reducción de daños se ha politizado mucho en los debates sobre políticas de drogas; un gran número de países se muestra muy favorable a este, algunos países, fuertemente contra, y aún otros prefieren referirse a intervenciones individuales en lugar de a un enfoque de reducción de daños en sí. Sin embargo, la reducción de daños es ahora ampliamente respaldada y recomendada por la Asamblea General de la ONU, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), el Consejo de Derechos Humanos, el Fondo Mundial y muchos otros organismos.¹⁵¹ También cuenta con el apoyo de documentos normativos internos de 91 países, y un aval de tan alto nivel (a menudo a través de políticas nacionales en materia de VIH/SIDA) puede ser importante para garantizar el financiamiento y ampliación de estos servicios.¹⁵²

A nivel mundial, la cobertura de los servicios de reducción de daños para personas que se inyectan drogas sigue siendo insuficiente: por ejemplo, solo se distribuyen dos agujas al mes por persona que se inyecta drogas y solo el 8% de las personas que se inyectan opioides ha tenido acceso a terapia de sustitución de opioides (TSO).¹⁵³ En muchos entornos, esto se debe a una falta de voluntad política para expandir y apoyar programas de reducción de daños, y a una crisis global de financiación para este enfoque.¹⁵⁴ Como ya se ha destacado anteriormente, las personas que usan estimulantes tienen un acceso aún más limitado a servicios de reducción de daños que respondan a sus necesidades específicas.

En algunos entornos, la cobertura de la reducción de daños se ve activamente socavada por leyes o por su aplicación. Por ejemplo, los programas de agujas y jeringuillas (PAJ) proporcionan material de inyección esterilizado a personas que usan drogas para evitar el contagio de virus de transmisión sanguínea por la reutilización de artículos no esterilizados, se enfrentan a importantes barreras en países donde la posesión de agujas y jeringuillas se considera una prueba del uso de drogas, o está directamente prohibida. Del mismo modo, la TSO con metadona, buprenorfina u otros medicamentos está prohibida en algunos países.¹⁵⁵ Por este motivo, la OMS ha manifestado claramente que “los países deben trabajar para desarrollar

Cuadro 2 El proyecto “Acción comunitaria para la reducción de daños”

El proyecto “Acción comunitaria para la reducción de daños” (CAHR) constituye un ejemplo de cómo se pueden incorporar los principios de reducción de daños en un programa integral. El proyecto de cinco años, financiado por el Ministerio del Interior de los Países Bajos (BUZA) a través de la International HIV/AIDS Alliance, tenía por objetivo ampliar el acceso a los servicios de reducción de daños entre personas que se inyectan drogas en China, India, Indonesia, Kenia y Malasia. El proyecto era excepcional en su enfoque para desarrollar y expandir servicios a personas que se inyectan drogas apoyando iniciativas comunitarias de base, construyendo alianzas pragmáticas con autoridades locales, centros de salud pública y académicos, y abordando las políticas y barreras estructurales a la sostenibilidad del programa.

A mediados de 2014, el proyecto había llegado a 65.000 personas que se inyectan drogas y a otros 240.000 beneficiarios (como las parejas sexuales y familiares de estas personas). Más de 13.000 personas en los cinco países accedieron de forma voluntaria a la prueba para la detección y asesoría sobre el VIH; 40.000 se beneficiaron de servicios de apoyo psico-social, asistencia jurídica, vivienda y/o generación de ingresos; y 47.000 utilizaron servicios de salud y derechos sexuales. Además, el 90% de las personas que se inyectan drogas notificó que había

usado equipo de inyección esterilizado la última vez que se había inyectado.¹⁵⁶

El proyecto CAHR hacía un gran hincapié en la potenciación de la capacidad local de las organizaciones comunitarias y en el intercambio de conocimientos y experiencias para introducir o mejorar intervenciones básicas de reducción de daños. En Kenia, por ejemplo, el proyecto fue clave para poner en marcha programas de agujas y jeringuillas (PAJ) y TSO, a pesar de los importantes obstáculos planteados por campañas represivas policiales y algunos líderes religiosos y comunitarios.

El proyecto CAHR contaba también con una fuerte agenda en materia de políticas que venía definida por el objetivo pragmático de desarrollar servicios eficaces de VIH y consumo de drogas basados en las pruebas empíricas disponibles. Las experiencias del proyecto sobre el terreno se utilizaron para influir en debates normativos, tanto a escala nacional como internacional. Finalmente, entre los objetivos del proyecto estaba también la participación plena y significativa de las personas que consumen drogas en el diseño de políticas y programas, así como un firme compromiso con la protección y el fomento de los derechos humanos; por ejemplo, el proyecto facilitó la creación de la Red Keniata de Personas que Usan Drogas.¹⁵⁷

políticas y leyes que despenalicen el uso de agujas y jeringas esterilizadas (y que permitan los PAJ) y que legalicen la TSO para personas que experimenten una dependencia de opioides”.¹⁵⁸ Puede que también se necesiten reformas legislativas parecidas para otras intervenciones de reducción de daños, como los centros de consumo de drogas y las salas de inyección más segura, o los servicios de análisis de drogas y pastillas. Un amplio abanico de agencias de la ONU han instado a que se descriminalice el uso de drogas para apoyar las respuestas de reducción de daños (véase el capítulo 3.1).

En muchos países, las personas que trabajan en la reducción de daños (especialmente pares y gestores comunitarios) también son blanco de la acción policial por “promover” o “facilitar” el uso de drogas. Siempre que sea posible, es importante que los servicios de reducción de daños se presten con el acuerdo, el conocimiento y la colaboración de los organismos encargados de hacer cumplir la ley para evitar estos problemas; ya sea porque se negocie en el ámbito local o se formalice en directrices y protocolos norma-

tivos nacionales.¹⁵⁹ En la misma línea, si las autoridades policiales actúan contra los servicios de reducción de daños para buscar y detener a personas que usan drogas, dichos servicios no serán usados por las personas a quienes van dirigidos y se perderán los posibles beneficios a la salud.

Asuntos de implementación

En 2009, la OMS, la ONUDD y ONUSIDA articularon un “paquete integral” de nueve intervenciones para abordar el VIH entre personas que se inyectan drogas (véanse las primeras nueve intervenciones que se enumeran abajo). Estas intervenciones, en su conjunto, “presentan el mayor impacto en la prevención y el tratamiento del VIH” y “contrastada evidencia científica que demuestra su eficacia”.¹⁶⁰

En general se reconoce que esta lista de intervenciones no es exhaustiva. Por lo tanto, proponemos otra serie de intervenciones basadas en pruebas empíricas (del número 10 al 21, abajo). Aunque esta lista tampoco

pretende ser completa, ya que la reducción de daños debe ir evolucionando para responder a nuevos patrones de uso de drogas y daños asociados.

Esta lista está especialmente centrada en personas que se inyectan drogas y en el VIH. No obstante, en un esfuerzo por responder a la urgente necesidad de elaborar mejores respuestas de reducción de daños para el uso de drogas no opioides y no inyectadas (por ejemplo, el uso de cocaína y de estimulantes de tipo anfetamínico,¹⁶¹ así como el uso no médico de algunos medicamentos farmacéuticos), proponemos un conjunto de intervenciones de reducción de daños dirigidas específicamente al uso de estimulantes (intervenciones 19 a 21).

1. Programas de agujas y jeringuillas (PAJ): La provisión de equipos de inyección esterilizados (como agujas y jeringuillas, pero también filtros, cucharas, toallitas limpiadoras y agua esterilizada) para reducir la propagación de infecciones.¹⁶² A los usuarios también se los anima a retornar los equipos utilizados con el fin de poderlos desechar con seguridad, y se les debería ofrecer información y educación sobre técnicas de inyección más seguras. Los PAJ gozan de una base de pruebas muy sólidas en lo que se refiere a reducir la transmisión del VIH, los comportamientos de riesgo como la práctica de compartir jeringuillas, y ayudar a orientar a las personas hacia tratamiento de drogas cuando sea necesario.¹⁶³

2. Terapias de sustitución de opioides (TSO) y otros tratamientos de dependencia de drogas: Sustancias de la Lista de Medicamentos esenciales de la OMS, como la metadona y la buprenorfina, se pueden utilizar para sustituir opioides de la calle como la heroína, ya sea en el largo plazo (algo que se conoce como “terapia de mantenimiento”) o en el corto plazo. Algunos países también prescriben

heroína farmacéutica (diacetilmorfina) con este fin, especialmente a aquellos pacientes que no han respondido a los otros fármacos disponibles. Esta intervención, sobre la que existen numerosos estudios, ha demostrado reducir la práctica de la inyección, rebajar la delincuencia, mejorar la observancia del tratamiento contra el VIH,¹⁶⁴ la hepatitis C y la tuberculosis,¹⁶⁵ e incrementar la salud y el bienestar en general.¹⁶⁶ Para más información, véase el capítulo 2.5.

3. Pruebas para la detección del VIH y servicios de asesoramiento:

Esta intervención está dirigida específicamente a personas que usan drogas, pero siempre con carácter voluntario y confidencial, e idealmente acompañada de otras medidas para vincular a las personas a las que se le acabe de diagnosticar el virus con servicios accesibles de atención y tratamiento.

4. Terapia antirretroviral:

Las personas que usan drogas deberían gozar de igual acceso al tratamiento del VIH, siguiendo las mismas recomendaciones, que cualquier otro adulto.¹⁶⁷ En la práctica, sin embargo, suelen ser objeto de discriminación o se suele entender que es probable que fracasen en el tratamiento; no obstante, cuando el tratamiento se proporciona en un entorno propicio, las personas que usan drogas muestran resultados parecidos al resto.¹⁶⁸⁻¹⁶⁹

5. Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual:

Dirigido a personas que usan drogas y sus parejas sexuales, especialmente porque estas infecciones —sobre todo aquellas que provocan lesiones genitales— pueden incrementar el riesgo de transmisión del VIH.

6. Distribución de preservativos:

Dirigida a personas que usan drogas y a sus parejas sexuales.

Fotografía: Pham Hoai Thanh



Una educadora par recogiendo agujas en Vietnam

Cuadro 3 Programas contra las sobredosis en la ciudad de Nueva York

Tras años de creciente mortalidad por sobredosis y la muerte de muchos amigos y beneficiarios, tres programas de reducción de daños de base comunitaria lanzaron las primeras iniciativas de prevención de sobredosis de la ciudad de Nueva York en 2004, incluida la distribución de naloxona entre personas que usan opioides. Los tres grupos abarcaban una zona geográficamente diversa de la ciudad, incluían un programa de reducción de daños para jóvenes, y pasaron rápidamente de ser un servicio periódico de pequeña escala a ampliarse para ofrecer formación en las calles y proporcionar a las comunidades información y herramientas para evitar y revertir las sobredosis. A mediados de 2006, tras una evaluación de los primeros proyectos, el gobierno de la ciudad de Nueva York asumió los costes del programa, aportando suficientes fondos para respaldar los programas de lucha contra la sobredosis de todas las organizaciones de reducción de daños de la ciudad y contratar a un director médico a tiempo completo para el programa. En los dos años que siguieron, la mortalidad por sobredosis disminuyó otro 27% en toda la ciudad.¹⁷⁰

- 7. Información, educación y comunicación específicas:** Incluido asesoramiento sobre prácticas de inyección más segura (algo que también se conoce como “mensajes” o “comunicación para fomentar cambios de comportamiento”). Es importante proporcionar información fidedigna sobre los efectos y los daños asociados con distintas sustancias, así como información objetiva sobre diferentes vías de administración. La información, la educación y la comunicación deberían estar actualizadas y adaptadas a los cambiantes patrones de uso y adquisición de drogas; por ejemplo, la tendencia en algunos países hacia la compra de drogas por internet brinda la oportunidad de prestar asesoramiento de reducción de daños a través de foros y reseñas de clientes *online*.
- 8. Vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral:** La vacuna de la hepatitis B es muy eficaz y se debería poner a disposición de todas las personas en situación de riesgo, entre las cuales aquellas que usan drogas, reclusas en prisiones o que trabajan en el campo de la reducción de daños. Se han producido grandes avances en el tratamiento de la hepatitis C, que es una enferme-



Máquina dispensadora de pipas de crack en Vancouver, Canadá

Fotografía: PHS Community Services Society & Open Society Foundations

dad curable independientemente de si la persona usa drogas.¹⁷⁰

- 9. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis:** Las personas que usan drogas se encuentran en una situación de mayor riesgo de contraer la tuberculosis (y tuberculosis multirresistente) por varios motivos desde el encarcelamiento frecuente al frágil sistema inmune asociado con la infección por VIH.
- 10. Servicios básicos de salud, incluida la prevención y manejo de sobredosis:**¹⁷¹ La sobredosis es una experiencia habitual entre muchas personas que usan drogas y una de las principales causas de muerte entre las personas que se inyectan drogas. Los programas de reducción de daños comprenden la provisión de naloxona, una sustancia que forma parte de la Lista de Medicamentos esenciales de la OMS y que neutraliza de forma rápida y segura la depresión respiratoria derivada de una sobredosis de opioides (véase el cuadro 3). Los servicios también pueden centrarse en técnicas de reanimación, así como en asesoramiento sobre cómo evitar la propia sobredosis. Por otro lado, las leyes de amnistía médica o de “buen samaritano” en muchos países ayudan a proteger a las personas que respondan ante las sobredosis de posibles responsabilidades, incrementando así la probabilidad de que se produzcan intervenciones que salvan vidas.
- 11. Servicios para personas que experimentan dependencia de drogas o que usan drogas en entornos de prisión o detención:** El conjunto completo de servicios de reducción de daños se debería ofrecer en prisiones y otros entornos cerrados, del mismo modo que en la comunidad. Sin embargo, solo ocho países disponen de PAJ en prisión (frente a 90 países que ofrecen programas comunitarios), y solo 43 países prestan TSO en entornos carcelarios (frente a 80 países con programas comunitarios). Para más información, véase el capítulo 3.6.

Cuadro 4 “Apoye. No castigue”: una demostración de fuerza global a favor de la reducción de daños y la reforma normativa

La campaña “Apoye. No castigue”¹⁷³ es una iniciativa mundial de incidencia que aboga por una mayor inversión en las respuestas de reducción de daños y por la reforma de las políticas de drogas ineficaces. Lanzada inicialmente en el marco del proyecto CAHR (véase el cuadro 2), la campaña cuenta con una imagen propia, así como con un sitio web interactivo que ofrece recursos de acceso abierto, presencia en los medios sociales¹⁷⁴ y un proyecto de fotos interactivo en que han participado más de 7.000 personas de todo el mundo como muestra de apoyo.¹⁷⁵ También cuenta con un “Día de Acción Mundial” en torno al que se centran los esfuerzos de incidencia el 26 de

junio – el [Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas](#) – con el objetivo de reivindicar los medios, la narrativa pública y el discurso político en este día tan señalado. El 26 de junio de 2015, activistas en 160 ciudades de todo el mundo organizaron una gran variedad de acciones locales, todas ellas con la imagen y los mensajes de “Apoye. No castigue” para concienciar sobre los temas de la campaña, en especial la demanda que se destinen más fondos a la reducción de daños, se amplíen los servicios y se eliminen las barreras políticas y legislativas para garantizar un mejor acceso.¹⁷⁶



Fotografía: Collectif Urgence Toxida

Día de Acción Mundial en Mauricio, 26 de junio de 2015

12. Incidencia política: Según ONUSIDA, este es uno de los “facilitadores fundamentales” para una respuesta eficaz al VIH, y abarca un amplio abanico de intervenciones para promover y proteger la salud y los derechos humanos de las personas que usan drogas y otras poblaciones afectadas. Una pieza clave de ello es la incidencia política a favor de la reforma de las políticas de drogas y en pro de los servicios de reducción de daños.¹⁷³ Las iniciativas para reducir el estigma asociado con el uso de drogas también son cruciales para eliminar las principales barreras a las que se enfrentan las personas que usan drogas (véase el cuadro 4).

13. Apoyo psico-social: Para satisfacer las necesidades de las personas que usan drogas, los servicios también deberían poder prestar servicios de salud mental, sociales y financieros cuando sea necesario, o ayudar a las personas beneficiadas a acceder a ellos. Los trastornos psiquiátricos como la depresión, el estrés y el estrés postraumático tienen mayor prevalencia entre las poblaciones usuarias de drogas.¹⁷⁸

El centro de reducción de daños del barrio Lower East Side de Nueva York, por ejemplo, estableció un equipo de profesionales de la salud mental para ayudar a los usuarios que vivían con problemas de este tipo, así como servicios de vivienda, apoyo jurídico y gestión de casos para coordinar los servicios sociales y de salud.¹⁷⁹

14. Acceso a servicios de justicia/jurídicos: En tanto que población criminalizada de forma prácticamente universal, las personas que usan drogas se encuentran a menudo confrontadas con el sistema de justicia penal. También pueden ser objeto de abusos de derechos humanos, abusos policiales, juicios nulos y acoso. Por lo tanto, es importante que gocen de acceso a apoyo jurídico. En el Reino Unido, por ejemplo, la organización sin ánimo de lucro Release está especializada en leyes de drogas y derechos humanos, y ofrece una línea telefónica gratuita de ayuda para que las personas que usan drogas puedan acceder a asesoramiento y respaldo jurídico de forma confidencial.¹⁸⁰

15. Programas para niños, niñas y jóvenes: Aunque muchas personas jóvenes usan drogas, la mayor parte de los servicios están concebidos para adultos y puede que ni siquiera estén legalmente autorizados a prestar servicios como PAJ a personas menores de 18 años. Existen muchas otras barreras que impiden a las personas jóvenes acceder a servicios de reducción de daños, como el requisito del consentimiento de los padres en algunos países. Sin embargo, funcionan muchos programas exitosos de reducción de daños orientados a jóvenes. Por ejemplo, el proyecto de reducción de daños “Crystal Clear”, en la ciudad canadiense de Vancouver, ofrece servicios de difusión entre pares, apoyo y desarrollo de liderazgo, educación

en reducción de daños y salud con el fin de brindar asistencia a jóvenes que usan metanfetamina.¹⁸¹

16. Desarrollo de medios de vida/fortalecimiento económico: Esto entraña apoyo educativo, formativo y financiero para que las personas puedan acceder a un empleo, así como programas de microfinanciación para ayudar a las personas a generar fuentes legítimas de ingresos.

17. Salas de consumo de drogas/centros de inyección más segura:¹⁸² Estos espacios supervisados permiten a las personas llevar las drogas que han adquirido previamente para inyectárselas, fumárselas y/o inhalarlas en un entorno esterilizado y seguro. La presencia de personal con

Cuadro 5 El programa “Braços Abertos” en São Paulo

El programa “Braços Abertos” (Brazos Abiertos) persigue luchar contra los importantes problemas sociales, de salud y de seguridad en una zona conocida popularmente como Cracôlandia en la ciudad de São Paulo, Brasil. El programa, iniciado en 2013, está dirigido a personas sin hogar que usan crack en la zona. Proporciona alojamiento en moteles contratados por el gobierno y ofrece acceso a atención de la salud, empleo, ropa y una comida al día; todo ello sin exigir que se abstengan del uso de crack. Se trata de un ejemplo del enfoque de “Vivienda Primero” (Housing First), cuyo objetivo es apoyar a las personas con sus problemas de drogas brindándoles una residencia estable, permitiendo reducir una serie de daños asociados con la vida en la calle.¹⁸³

El programa “Braços Abertos” requería coordinación entre varios departamentos municipales (salud, cultura, educación, asistencia social bienestar, medio ambiente, empleo y derechos humanos), así como estrechas alianzas con grupos de la sociedad civil. Entre otras cosas, persigue fortalecer las redes sociales y fomentar la participación y el apoyo de la sociedad. Desde su creación, el programa ha empoderado a sus participantes para que estos vuelvan con sus familias, consigan un empleo formal o sigan tratamientos de salud; y el gobierno brasileño ha anunciado que prevé expandir este enfoque en 21 ciudades.¹⁸⁴



Participantes del programa “Braços Abertos”

Fotografía: João Luiz/SECOM

formación médica garantiza que las sobredosis y otros problemas de salud se puedan abordar con rapidez y eficacia. En 2015, se contaban 86 salas de consumo de drogas en siete países europeos,¹⁸⁵ y otros servicios adicionales en Sídney, Australia, y Vancouver, Canadá. A pesar de muchos años de funcionamiento y de millones de inyecciones supervisadas, en estos centros supervisados nunca se ha producido una sobredosis letal. Los efectos van más allá de los centros en sí: las muertes en el barrio donde está ubicado Insite, el espacio para inyección más segura de Vancouver, cayeron un 35% el año después en que abrió.¹⁸⁶ En Suiza, las salas de uso de drogas también han reducido de forma drástica los niveles de desórdenes en las zonas públicas cercanas.

18. Servicios con perspectiva de género: Las mujeres que usan drogas suele enfrentarse a un mayor estigma, discriminación y riesgos que los hombres, y sus necesidades pueden ser muy distintas. Por ejemplo, unos servicios de reducción de daños con perspectiva de género son aquellos que prevén servicios de guardería (o alternativos a esta), la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, asesoramiento y apoyo familiar, programas para reducir la violencia de género, servicios para trabajadoras sexuales, preservativos femeninos y espacios u horas reservadas únicamente a mujeres.¹⁸⁷

19. Análisis de drogas: Como respuesta a los daños asociados con el uso de estimulantes y la aparición de una amplia gama de NSP, el análisis de drogas surge para ayudar a las personas a saber qué están consumiendo, y evitar usar adulterantes desconocidos y potencialmente peligrosos. Este servicio también ayuda al personal de urgencias médicas y a los organismos de salud pública a identificar tendencias en los mercados ilícitos de drogas para poder adaptar mejor su respuesta de reducción de daños y tratamiento. Organizaciones como Dance-Safe en Norteamérica ofrecen servicios de análisis de drogas directamente en eventos de música electrónica, en colaboración con los departamentos locales de salud pública.¹⁸⁸

20. Distribución de parafernalia para fumar: El uso de crack sigue estando asociado con varios problemas de salud, como ampollas, llagas, cortes en los labios y las encías, e infecciones por VIH y hepatitis C. Grupos de reducción de daños en Canadá han promovido recientemente la distribución de parafernalia esterilizada para fumar crack que incluye pipas de vidrio (que son resistentes al calor e irrompibles), boquillas, filtros, toallitas con alcohol, pantallas para pipas y bastoncillos.¹⁸⁹

21. Servicios de apoyo social: Otras iniciativas de reducción de daños relevantes prestan servicios de vivienda, refugio y empleo (véase el cuadro 5).

Recursos clave

- Harm Reduction International (2013), *When sex work and drug use overlap: Considerations for policy and practice*, http://www.ihra.net/files/2014/08/06/Sex_work_report_%C6%924_WEB.pdf
- Harm Reduction International (2014), *The global state of harm reduction 2014*, <http://www.ihra.net/contents/1524>
- Harm Reduction International (2015), *A global review of the harm reduction response to amphetamines: A 2015 update*, http://www.ihra.net/files/2015/10/18/AmphetaminesReport_Oct2015_web.pdf
- Harm Reduction International, the International HIV/AIDS Alliance, Save the Children yYouth RISE (2015), *Step by Step: Preparing for work with children and young people who inject drugs*, <http://www.ihra.net/contents/1660>
- International HIV/AIDS Alliance (2010), *Good practice guide: HIV and drug use*, http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/383/454-Good-practice-guide-HIV-and-drug-use_original.pdf
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2010), *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud (2013), *Opioid overdose: Preventing and reducing opioid overdose mortality*, <https://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONU Mujeres, Organización Mundial de la Salud y Red Internacional de Personas que Usan Drogas (2014), *Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs*, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf
- Organización Mundial de la Salud (julio de 2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
- Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2012), *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 Revision*, <http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html>

2.5

Tratamiento de la dependencia de drogas

Principales recomendaciones

- El objetivo primordial de los sistemas de tratamiento de la dependencia de drogas debería ser permitir a las personas potenciar su autonomía y tener un estilo de vida satisfactorio
- Aunque la abstinencia puede ser un objetivo loable, no es alcanzable o apropiado para algunas personas, a las que se les debería garantizar el derecho a seguir una terapia de sustitución si así lo desean, y durante el tiempo que lo consideren necesario
- Los responsables de la formulación de políticas deberían realizar una inversión a largo plazo en tratamiento con el fin de responder de manera adecuada a la dependencia de drogas y reducir los costes sociales y de salud que esta implica
- Las inversiones en tratamientos de dependencia de drogas deberían basarse en un enfoque sistemático en vez de reducirse a intervenciones aisladas: es necesario identificar a aquellas personas que más necesitan tratamiento, ofrecer un abanico equilibrado de servicios basados en la evidencia, y desarrollar mecanismos que faciliten que las personas pasen de un componente a otro según vayan cambiando sus circunstancias
- Los enfoques que contravienen las normas de derechos humanos (como la detención obligatoria de las personas que usan drogas) deben ser eliminados. Además de no ser éticos ni costo-efectivos, estos enfoques tienen muy pocas probabilidades de alcanzar los objetivos deseados
- Se deberían realizar más estudios sobre el tratamiento de la dependencia de estimulantes
- Es necesario revisar y evaluar de forma constante los sistemas nacionales de tratamiento para asegurarse de que estén funcionando con eficacia y en consonancia con los estándares globales. Los servicios pueden ser más eficaces y mejorar su capacidad de respuesta si contemplan una adecuada participación de las personas a los que van dirigidos tanto en su diseño como en su ejecución.

Introducción

Existe una tendencia cada vez más fuerte a entender la dependencia de drogas como una cuestión de salud más que como un problema penal y/o moral. Cálculos recientes sugieren que, en 2013, aproximadamente 246 millones de adultos usaron drogas fiscalizadas con fines no médicos (en un rango entre 162 a 329 millones).¹⁹⁰ De este total, se estima que apenas una de cada diez personas (unos 27 millones de adultos) experimenta una dependencia frente a sustancias.¹⁹¹

El tratamiento de la dependencia de drogas basado en evidencia ha demostrado su eficacia para gestionar la dependencia de drogas, reducir los daños relacionados con estas sustancias y minimizar los costes sociales y de delincuencia. Los datos disponibles ponen de relieve que la terapia de sustitución de opioides (TSO)

mejora la retención en el tratamiento y reduce el uso ilícito de opioides,¹⁹² disminuyendo así la incidencia de prácticas de inyección y, por ende, la exposición a virus de transmisión sanguínea como el VIH y la Hepatitis C.¹⁹³ Sin embargo, solo una de cada seis personas con dependencia de drogas tiene acceso a un tratamiento basado en evidencia.¹⁹⁴ En vista de esta situación, el acceso a la TSO debería ampliarse para abordar la necesidad insatisfecha que impera actualmente en todo el mundo.

El abanico de drogas disponibles también se está ampliando y puede que un modelo que sea eficaz para un tipo concreto de sustancias (por ejemplo, los opioides) no lo sea para otro (por ejemplo, el crack, las metanfetaminas, etc.). Por este motivo, es necesario y urgente otorgar mayor importancia y atención a las opciones de tratamiento de sustitución para otras sustancias,



Una enfermera mide una jeringuilla de metadona en la mezquita de Ar Rahman en Kuala Lumpur, Malasia

en especial los estimulantes. En efecto, estudios piloto sobre el tratamiento de la dependencia de metanfetamina usando dexanfetamina, así como el uso de cannabis para reducir la dependencia de crack, han mostrado resultados prometedores.

Desde el punto de vista del gasto público, existen argumentos contundentes para defender mayores inversiones en los tratamientos de la dependencia de drogas, pues estos pueden reducir los gastos en salud, y prevenir la delincuencia y otras consecuencias sociales adversas.¹⁹⁵ Según los cálculos de un estudio realizado en 2010 por el Ministerio del Interior del Reino Unido, por cada libra esterlina gastada en tratamiento (1,40 dólares estadounidenses), la sociedad se beneficia con 2,5 libras (3,60 dólares).¹⁹⁶ En los Estados Unidos, se estima que el beneficio de los tratamientos de mantenimiento con metadona es casi cuatro veces mayor que el coste del tratamiento.¹⁹⁷ En efecto, según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), “el coste promedio de 1 año completo de mantenimiento con metadona es aproximadamente de 4.700

dólares, mientras que 1 año completo de encarcelamiento cuesta unos 18.400 por persona”,¹⁹⁸ llegando a la conclusión de que “los estudios han demostrado que el tratamiento de mantenimiento con metadona es beneficioso para la sociedad, es costo-efectivo, y básicamente se paga por sí sólo”.¹⁹⁹

El impacto del consumo de drogas sobre una persona depende de la compleja interacción entre las propiedades farmacológicas de la sustancia empleada, las características y las actitudes del usuario, y el entorno en que se realiza el consumo. Los programas de tratamiento deben tener en cuenta cada uno de estos factores y cómo interactúan entre sí. En todas las sociedades, la prevalencia de la dependencia de drogas se suele concentrar entre los grupos marginalizados, donde son más altas los índices de trauma emocional, pobreza y exclusión social.²⁰⁰ Dados los muchos factores que propician la dependencia de drogas, no existe un único enfoque de tratamiento con probabilidades de éxito para todo el espectro social. Por ello, los esfuerzos de los responsables de políticas deberían orientarse a garantizar un sistema de tratamiento que abarque un abanico de modelos estrechamente integrados entre sí y que se refuercen mutuamente, y que además tengan en cuenta las preferencias y la elección de la persona que accede al tratamiento. Tener en cuenta la importancia del entorno significa que el tratamiento debe ofrecer no solo medicamentos sino también servicios psicosociales, entendiendo el contexto social y cultural en el que las personas se desenvuelven. 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.

Asuntos legislativos y de política relacionados

Obligaciones internacionales

La obligación de los Estados miembros de la ONU de proporcionar tratamiento de drogas a sus ciudadanos está consagrada en los tratados de fiscalización internacional de drogas. Según el artículo 38 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y el artículo 20 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, los Estados signatarios deben adoptar todas las medidas prácticas para “la pronta identificación, tratamiento, educación, post tratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas”.²⁰¹

Por otro lado, el derecho al tratamiento forma parte de las obligaciones más generales relacionadas con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“el derecho a la salud”). El derecho a la salud se articuló por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, y se

Cuadro 1 Tratamiento asistido con heroína (TAH): el ejemplo del Reino Unido

Se calcula que el 5% de las personas que usan opioides en tratamientos de sustitución no responden bien a la metadona. A menudo, estas personas se encuentran entre los usuarios más marginalizados y pueden padecer graves problemas psico-sociales y de salud. Esto puede traducirse en altos costes desde el punto de vista del bienestar y de implicación del sistema de justicia penal.

En el Reino Unido, existe hace décadas la práctica de prescribir heroína inyectable a personas dependientes de opioides. Sin embargo, en las décadas de 1960 y 1970, esta práctica despertó una gran controversia política, principalmente porque los usuarios recogían sus dosis para llevar en las farmacias y había poca supervisión. Es probable que estas prescripciones estuvieran alimentando un mercado ilícito. Entre mediados y finales de la década de 1970, la prescripción de heroína se interrumpió casi por completo. Sin embargo, seguía presentándose una necesidad terapéutica insatisfecha entre un sector muy vulnerable de la población dependiente de drogas, que no progresaba con la metadona y tendía a comprar y usar suministros ilícitos de heroína además de sus dosis de metadona (o en lugar de estas).

En los últimos años, se ha desarrollado en Europa – especialmente en Suiza – un régimen de tratamiento con heroína novedoso y políticamente más aceptable.²⁰² El Reino Unido comenzó a efectuar ensayos científicos de este método, en que los usu-

arios recibían dosis de heroína inyectable en centros clínicos especiales, en condiciones controladas, bajo la estrecha supervisión y con el apoyo de personal médico en un entorno limpio y seguro.²⁰³

Muchos de estos usuarios señalaron que esta experiencia les había cambiado la vida, y se registró una mejora significativa en su bienestar sanitario y social, además de una gran reducción en el consumo de drogas y en las actividades delictivas. En los ensayos participaron los propios usuarios del servicio, brindando apoyo tanto en su calidad de pares como de asistentes de investigación. Los investigadores llegaron a la conclusión de que el TAH permitía que un sector de la población al que era difícil llegar y facilitar tratamiento pudiera acceder a servicios de apoyo y atención de la salud, así como cumplir con ciertos objetivos políticos y de orden público, y las exigencias de la seguridad clínica.²⁰⁴

Algunos de los investigadores que participaron en estos ensayos han realizado recientemente una revisión sistemática y un meta-análisis de ensayos controlados aleatorios con el TAH. Los ensayos revisados se habían efectuado en Alemania, Canadá, España, los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza. El estudio llegó a la conclusión de que “la prescripción de heroína, como parte de un régimen altamente regulado, es un tratamiento viable y eficaz para un grupo de pacientes dependientes de heroína particularmente difícil de tratar”.²⁰⁵

mencionó en la Declaración Universal de Derechos Humanos dos años después.²⁰⁶ Estos son documentos fundamentales del sistema de la ONU, y el hecho de que incluyan el derecho a la salud demuestra la importancia que se le otorga al concepto en el derecho internacional. Los preámbulos de los tratados de control de drogas de la ONU refuerzan estos principios; las primeras palabras de la Convención de 1961 y del Convenio 1971 expresan, de hecho, la preocupación de los Estados miembros por “la salud física y moral de la humanidad”.²⁰⁷ Y como manifestó explícitamente la ex Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: “Las personas que consumen drogas no pierden sus derechos humanos”.²⁰⁸

Garantizar acceso a medicamentos esenciales para la TSO

Tanto la metadona como la buprenorfina están incluidas en la Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS.²⁰⁹ Según los tratados de derechos humanos en

los que se protege el derecho a la salud, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los medicamentos que los Estados firmantes están obligados a proporcionar deben ser “científica y médicamente adecuados”.²¹⁰

En países como los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza, los gobiernos han desarrollado programas de tratamiento exitosos que ofrecen una amplia gama de posibilidades, como la sustitución con metadona y buprenorfina, pero también con morfina y heroína (véase el cuadro 1). Es fundamental que las leyes y políticas de drogas se revisen para garantizar un acceso adecuado a estas sustancias para TSO.

En algunos países, sin embargo, las personas que usan drogas han perdido su derecho fundamental a la salud. En Rusia, Turkmenistán y Uzbekistán, por ejemplo, el uso de metadona está prohibido por la ley. Y esto a pesar de que la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) calcula que el 2,29% de

la población adulta de Rusia se inyecta drogas. Un tercio del total mundial de personas que usan drogas inyectadas que viven con el VIH reside en Rusia.²¹¹ Se estima que el porcentaje de casos de SIDA en Rusia vinculados con el consumo de drogas inyectadas se sitúa en un 65%, mientras que alrededor del 35% de las personas que se inyectan drogas están viviendo con VIH.²¹² El país presenta unos niveles epidémicos tanto de uso de drogas inyectadas como de VIH; no obstante, la disponibilidad del tratamiento con la más amplia base de pruebas, la TSO, está bloqueada por el gobierno ruso. En otros países en los que la metadona está disponible, la buprenorfina sigue siendo ilegal, como es el caso de Mauricio, lo cual deja opciones limitadas de tratamiento para las personas dependientes de opioides.

Acabar con la detención obligatoria

En muchos países no existen sistemas para el tratamiento de la dependencia de drogas, o bien están poco desarrollados o siguen modelos que no se ajustan a las normas de derechos humanos o las pruebas empíricas globales sobre su eficacia. Las investigaciones realizadas, la experiencia recogida y los instrumentos internacionales de derechos humanos indican que no se deberían aplicar ciertas prácticas de tratamiento. Algunos gobiernos, por ejemplo, han introducido regímenes de tratamiento que se basan en la coerción, los malos tratos, la denegación de atención médica o los trabajos forzados.²¹³

En China y el sudeste asiático, en Vietnam, Camboya, Malasia, Tailandia y la República Democrática Popular

Lao, entre otros, recurrir a centros obligatorios para usuarios de drogas (COUD) como forma de rehabilitación constituye una práctica ampliamente aceptada y generalizada.²¹⁴ El uso de la detención obligatoria se encuentra también en América Latina y Asia Central.

Los COUD suelen estar administrados por la policía o el ejército, más que por autoridades médicas, y los internos entran en ellos de forma obligatoria, muchas veces sin el debido proceso legal o supervisión judicial, y a veces por varios años. A los internos se les deniega todo tipo de tratamiento de drogas basado en la evidencia científica, y se les somete a trabajos forzados – que no están remunerados o lo están por debajo de los niveles salariales mínimos – y a una serie de castigos como malos tratos físicos, psicológicos, abusos sexuales y reclusión en aislamiento. Normalmente, estos centros carecen de una atención médica de la salud general, y enfermedades como el VIH y la tuberculosis están extendidas entre las personas internas.

Los COUD también son muy caros e ineficaces. Las tasas de reincidencia son muy elevadas (en Vietnam, por ejemplo, oscilan entre el 80% y el 97%)²¹⁵ y los internos se enfrentan a problemas con la reintegración social debidos en gran medida a la estigmatización asociada con haber estado recluidos por usar drogas. Aunque algunos gobiernos de la región han adoptado recientemente nuevas leyes de drogas que modifican la condición de las personas que consumen drogas de “delincuentes” a “pacientes” (como la Ley de Lucha contra las Drogas de China de 2008 o la Ley de Rehabilitación de Personas Adictas a los Estupefacientes



Fotografía: Colección privada, 2011, Human Rights Watch

Un guardia vigila a un grupo de internos un centro de detención obligatoria de Vietnam antes de que salgan para su sesión laboral de la mañana

Cuadro 2 Un modelo de tratamiento de base comunitaria en Indonesia

Rumah Singga PEKA (PEKA) es una organización local de la sociedad civil en la ciudad de Bogor, Indonesia, que ofrece posibilidades de tratamiento a personas que se inyectan drogas. El objetivo general de PEKA consiste en mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de drogas. Como tal, se basa en enfoques orientados a los beneficiarios para prestar unos servicios de salud adaptados que satisfagan adecuadamente las necesidades de las personas a los que van dirigidos. El acceso al tratamiento es voluntario y las personas pueden abandonar el programa en cualquier momento. El tratamiento incluye opciones tanto en régimen de internación como de carácter comunitario. Los usuarios pueden elegir entre un programa intensivo de dos meses (que prevé desintoxicación, asesoramiento entre pares, apoyo psico-social, capacitación en materia de habilidades para la vida, prevención de recaídas y actividades sociales y de formación profesional) o un programa de cuatro meses no intensivo (que prevé asesoramiento, capacitación en materia de habilidades para la vida, prevención de recaídas y actividades sociales y de formación profesional).

Los usuarios tienen la opción de acceder a TSO (tanto con metadona como con suboxona), atención de la salud primaria y reproductiva, asesoramiento y pruebas del VIH, terapia antirretroviral, y pruebas y tratamiento para la hepatitis C, la tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual. Para ello, PEKA ha creado una amplia red de hospitales, centros de salud comunitarios, laboratorios de salud y psiquiatras privados para facilitar unas derivaciones de salud efectivas. Todos los usuarios tienen a su disposición equipos de inyección esterilizados. Por último, PEKA moviliza a las personas que usan drogas para que participen en actividades y campañas de incidencia política.

En 2013, PEKA llegó a un total de 786 que usan drogas. De estas, 95 recibieron tratamiento en régimen de internación y 691 participaron en actividades de extensión comunitaria, 670 fueron derivadas a servicios de diagnóstico y asesoramiento de VIH, y 13, a TSO. En 2014, otros 250 internos recibieron sesiones de formación y educación en cuatro centros penitenciarios.²¹⁶

de Tailandia de 2002), la retórica humanitaria de estos textos jurídicos no es representativa de la realidad cotidiana en los centros de reclusión obligatoria, que imponen castigos crueles y peligrosos bajo el pretexto de tratamiento.²¹⁷ Estas condiciones no solo contravienen normas médicas y científicas, sino también la normativa internacional de derechos humanos.

En 2012, una declaración conjunta respaldada por 12 organismos de la ONU instaron al cierre de los centros de detención obligatoria, señalando que violan los derechos humanos y representan una amenaza para la salud de los internos.²¹⁸ Desde entonces, la ONUDD y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) han organizado una serie de consultas sobre los centros obligatorios. La tercera consulta se llevó a cabo en septiembre de 2015, y contó con la asistencia de autoridades del ámbito del control de drogas, la salud y las finanzas de Camboya, China, Filipinas, Indonesia, la República Democrática Popular Lao, Malasia, Myanmar, Tailandia y Vietnam. Estos países acordaron firmar un “hoja de ruta” que los oriente hacia unos servicios de apoyo a las personas que usan drogas basados en pruebas empíricas.²¹⁹

Sin embargo, existe una evidente necesidad de acelerar unas transiciones nacionales hacia servicios de tratamiento y apoyo de la dependencia de drogas de carácter voluntario y de base comunitaria, que exigen las correspondientes reformas en las leyes y políticas de drogas con el fin de eliminar el encarcelamiento y otras respuestas punitivas para las personas que usan drogas. Aunque puede que el proceso sea lento, la ONU y actores de la sociedad civil han trabajado duro para desarrollar directrices y recomendaciones sobre el camino a seguir, y ya se han establecido elementos para un tratamiento de base comunitaria en Camboya, China, Indonesia, Malasia, Tailandia y Vietnam.²²⁰

Asuntos de implementación

La complejidad de la dependencia de drogas es tal que la respuesta, el entorno y la intensidad del tratamiento se deben adecuar a las singularidades de cada persona. Por lo tanto, es de vital importancia que se ofrezca toda una gama de servicios que puedan adaptarse a las distintas características, necesidades y circunstancias de cada persona que desee acceder a un tratamiento. Además, los programas de tratamiento se deberían integrar con servicios de prevención y de reducción de daños, y tener vínculos efectivos con servicios de justicia penal, salud pública y bienestar social.

Iniciar un programa de tratamiento

Hay toda una serie de posibles rutas por las que una persona puede aproximarse a un tratamiento sin caer en la trampa de modelos de tratamiento coercitivo o de detención obligatoria:

- Autoderivación – Debería proporcionarse suficiente información para que las personas conozcan los diversos servicios de tratamiento a su disposición
- Identificación a través de las estructuras generales de servicios sanitarios y sociales – Los servicios existentes de atención social y de la salud suelen estar en una excelente posición para reconocer los síntomas de la dependencia de drogas y animar a los usuarios de estas sustancias a solicitar ayuda especializada. Los médicos de cabecera, por ejemplo, gozan a de la confianza de sus pacientes y pueden desempeñar un papel clave en este sentido, siempre que ellos mismos cuenten con la debida formación en materia de drogas y dependencia de drogas
- Identificación a través de centros especializados de asesoramiento sobre drogas o de servicios de extensión en la comunidad – Estos servicios pueden ofrecer comida, albergue temporal, servicios de reducción de daños de umbral bajo, y mecanismos para derivar a las personas a programas de tratamiento de drogas de forma voluntaria
- Identificación a través del sistema judicial penal – Debido a la naturaleza ilícita de su consumo de drogas, y a la necesidad de financiarlo, las personas dependientes de drogas pueden entrar en contacto con el sistema judicial penal. Se pueden establecer diversos programas de derivación para ofrecer a las personas dependientes de drogas que han cometido delitos menores oportunidades para seguir un tratamiento (para más información, véase el capítulo 3.4).

Métodos de tratamiento

Se deberían ofrecer distintos métodos de tratamiento de base empírica, desde la terapia de sustitución al apoyo psico-social y otros enfoques orientados a la abstinencia, de forma que las personas que buscan tratamiento puedan elegir el más adecuado para ellas mismas. Cuando el método de tratamiento elegido sea la terapia de sustitución, es fundamental que el personal médico que proporcione el tratamiento esté debidamente formado, y que las dosis del medicamento de sustitución sean adecuadas a las necesidades del usuario.

Como la cantidad de sustancias que se están usando no deja de aumentar – y la demanda de tratamiento para la dependencia de estimulantes se está incrementando –, gobiernos y científicos se están dedicando a desarrollar sistemas eficaces de tratamiento para las metanfetaminas (véase el cuadro 3), el crack (véase el cuadro 4) y las nuevas sustancias psicoactivas (NSP). Algunos países han establecido extensos sistemas de tratamiento en el transcurso de muchas décadas, mientras que otros recién están empezando a desarrollar experiencias y conocimientos sobre este ámbito normativo. Sin embargo, todos los países tienen cierto camino por recorrer para alcanzar un conjunto de ser-

Cuadro 3 Tratamiento para estimulantes de tipo anfetamínico

La metanfetamina y otros estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son la segunda droga más usada a escala mundial, después del cannabis.²²¹ Estos estimulantes se pueden asociar con niveles notables de daños para la salud, como problemas psicológicos y complicaciones médicas, muchos de los cuales pueden ser graves en caso de un fuerte uso dependiente.²²² Los tratamientos actuales para el uso de ETA son fundamentalmente de tipo conductual; en efecto, la terapia cognitivo-conductual se encuentra entre los tratamientos más habituales.

Las terapias de sustitución no suelen estar disponibles para las personas que usan ETA, ya que la base de evidencias se encuentra aún en un estado incipiente.²²³ Se han propuesto y utilizado muchas sustancias psico-estimulantes recetadas, como el modafinilo y la dexanfetamina. Además, también se han usado agonistas dopaminérgicos, anticonvulsivos, antidepresivos y antipsicóticos en ensayos de tratamiento para la anfetamina. En Melbourne, Australia, se recetó dexanfetamina en un entorno supervisado a un grupo de usuarios de largo plazo de ETA inyectados. Estos comunicaron que la dexanfetamina había reducido sus deseos de uso y aliviado los síntomas de la abstinencia. Aproximadamente la mitad de los usuarios abandonó el uso, según una autoevaluación (pero no se realizaron análisis de orina para confirmar la abstinencia).²²⁴

Sin embargo, es muy improbable que se encuentre un único sustituto adecuado para el tratamiento de la gran variedad de ETA en el mercado. Teniendo en cuenta que los ETA constituyen una mercancía global que puede causar amplios daños individuales y sociales, es importante que investigadores, productores farmacéuticos y gobiernos cooperen en la urgente identificación de tratamientos de sustitución para ETA y otras sustancias, como la cocaína.

vicios de tratamiento de la dependencia de drogas lo suficientemente integrado y que haga un uso eficiente de los recursos disponibles para maximizar los logros sociales y de salud.

El éxito del tratamiento y la recuperación no deberían entenderse solo como la abstinencia del consumo de drogas. La recuperación abarca cualquier paso positivo o cambio que conduzca a la mejora de la salud, el bie-

Cuadro 4 Evidencias del tratamiento de la dependencia de crack: argumentos a favor del cannabis medicinal

En Brasil, el uso de crack está asociado con una serie de daños sociales y de salud, entre los cuales se encuentran la marginalización, la violencia, una mayor vulnerabilidad al VIH o la participación en delitos menores y el trabajo sexual. La falta de medidas adecuadas de reducción de daños y tratamiento por parte del gobierno ha llevado a las personas que usan crack a desarrollar sus propias estrategias para minimizar estos daños, en especial la ansiedad y la psicosis. Entre estas medidas, se encuentra combinar el consumo de crack con el de cannabis.²²⁵

Según un estudio cualitativo realizado en 2015 con entrevistas entre 27 personas que combinaban el uso de cannabis y de crack, esta técnica disminuía el deseo de consumir crack, mejoraba el sueño y el apetito de las personas, y las “protegía” de la violencia a menudo asociada con la cultura del crack en el país, mejorando así su calidad de vida en general.²²⁶ Un estudio de 1999 entre 25 hombres jóvenes dependientes del crack en Brasil mostró resultados parecidos; el 68% de los que participaron en el estudio dejaron de usar crack y notificaron que el consumo de cannabis había reducido los síntomas de abstinencia.²²⁷

El gobierno local de Bogotá, en Colombia, introdujo una iniciativa similar en 2013, en un esfuerzo por evaluar si el uso de cannabis podría mitigar los daños asociados con el uso de crack.²²⁸ Uruguay también se está planteando el uso de cannabis medicinal para personas dependientes de la cocaína y la pasta base.²²⁹

nestar y la calidad de vida en general de la persona. Esto es especialmente cierto en el caso de las personas que siguen terapia de sustitución,²³⁰ pero también de aquellas que han aprendido a controlar su uso de drogas con el fin de minimizar los daños sociales y de salud asociados con este (por ejemplo, véase el cuadro 4).²³¹ La recuperación, por lo tanto, es algo gradual, y corresponde a cada persona decidir cuál será su meta de recuperación en el marco del programa de tratamiento que elija.

Entorno de tratamiento

Además de ofrecer una variada gama de intervenciones de base empírica, un sistema de tratamiento eficaz tam-

bién debería proporcionar intervenciones en diversos entornos. Un tratamiento puede ser de base comunitaria (como sería la asistencia periódica a una clínica donde los usuarios reciben medicamentos recetados, apoyo psico-social y asesoramiento, etc.), residencial o suministrarse en otros centros de salud, como centros abiertos o centros de reducción de daños. Es difícil ser categórico sobre qué espacios deberían recibir mayor énfasis, dado que ello dependerá de las necesidades particulares de la persona, los recursos disponibles y la disponibilidad de profesionales médicos formados (para garantizar la máxima cobertura, la mejor opción es una combinación de todos estos entornos). Los entornos comunitarios tienden a ser menos costosos en contextos con recursos limitados, y puede que sean los más apropiados cuando la persona dependiente de drogas cuenta con un fuerte apoyo social, familiar y comunitario. Sin embargo, cuando la persona carezca de estos apoyos, puede ser mejor que siga un tratamiento lejos de su zona habitual de residencia. Estas decisiones se deben tomar caso por caso, tanto por el usuario como por el terapeuta, que trabajarán conjuntamente en un plan de atención terapéutica. Además, la secuencia de la atención debería estar plenamente integrada; en la práctica, puede que los usuarios deseen pasar por los tres tipos de entorno durante su programa de tratamiento, en función de sus necesidades.

Un apoyo eficaz al postratamiento

Muchas personas dependientes de drogas son económicamente vulnerables y están socialmente excluidas, sobre todo debido a la fuerte estigmatización y discriminación que se derivan de la criminalización del consumo de drogas (véase el capítulo 3.1). Uno de los objetivos fundamentales de todo tratamiento es mejorar la capacidad de cada persona para funcionar en la sociedad. Esto significa elevar los niveles de educación, facilitar el acceso al empleo y la vivienda, y ofrecer otros tipos de respaldo social. Un elemento clave de este proceso pasa por fortalecer los lazos sociales y comunitarios. La participación de las personas que usan drogas – ya sea actualmente o en el pasado – en los entornos de tratamiento puede contribuir en gran medida a potenciar los sentimientos de empoderamiento personal y a mejorar la calidad y la capacidad de respuesta de los servicios.

El objetivo de todo tratamiento de drogas debería consistir, de ser posible, en ayudar a la persona dependiente de sustancias a alcanzar un alto nivel de salud y bienestar. En este contexto, es necesario reconocer que puede que algunas personas encuentren imposible alcanzar la abstinencia o no deseen conseguirla. No obstante, esto no debe impedir el objetivo principal del tratamiento: ayudar a los usuarios a llevar una vida feliz y fructífera. En efecto, muchas personas dependientes de opioides son perfectamente capaces de alcanzar esta meta manteniendo una TSO.

Recursos clave

- Consejo de la Unión Europea (septiembre de 2015), *Conclusiones del Consejo sobre la aplicación del Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2016 en lo que respecta a las normas mínimas de calidad en la reducción de la demanda de droga en la Unión Europea*, <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11985-2015-INIT/es/pdf>
- Tanguay, P., Stoicescu, C. y Cook, C. (October 2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs*, http://www.ihra.net/files/2015/10/19/Community_based_drug_treatment_models_for_people_who_use_drugs.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012), *TREATNET Quality standards for drug dependence treatment and care services*, https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud (2008), *Principles of drug dependence treatment*, http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2001), *Management of substance dependence review series – Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders*, http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.5.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011), *Therapeutic interventions for users of Amphetamine Type Stimulants (ATS)*, WHO Briefs on ATS number 4, <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/WHO-technical-brief-ATS-4.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (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

Notas de fin de página: Capítulo 2

66. Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, Enmendada por el Protocolo de 1972, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf y Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf
67. Hallam, C. Bewley-Taylor, D. y Jelsma, M. (2014), *La clasificación en el sistema de fiscalización internacional de estupefacientes* (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas y Transnational Institute), <http://idpc.net/es/publications/2014/06/la-clasificacion-en-el-sistema-de-fiscalizacion-internacional-de-estupefacientes>
68. Nutt, D. King, L.A., Saulsbury, W. y Blackmore, C. (2007), 'Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse', *The Lancet*, **369**(9566): 1047-1053, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607604644/abstract>. Este estudio fue revisado en 2010; véase: Nutt, D., King, L.A. y Phillips, L.D. (noviembre de 2010), 'Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis', *The Lancet*, **376**(9752): 1558-1565, http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/fulltext#article_upsell. Sin embargo, incluso se ha cuestionado la metodología científica y la clasificación propuestas por Nutt et al, poniéndose de relieve la complejidad que entraña compilar el nivel de daños relacionados con conductas y entornos de uso de drogas, los riesgos personales y sociales de determinados grupos de personas que usan drogas, y el contexto socio-cultural más general en que se produce el uso de drogas. Véase: Rolles, S. y Measham, F. (julio de 2011), 'Questioning the method and utility of ranking drug harms in drug policy', *International Journal of Drug Policy*, **22**(4): 243-246, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(11\)00058-2/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(11)00058-2/abstract)
69. Gráfico extraído de: West Africa Commission on Drugs (2014), *Not just in transit: An independent report of the West Africa Commission on Drugs*, <http://www.wacommissionondrugs.org/report/>
70. La clasificación de daños revisada en 2010 sitúa la ketamina en un nivel inferior en la escala de daños, después del alcohol, la heroína, el crack, la metanfetamina, el tabaco, el cannabis y el GHB. Véase: Nutt, D., King, L.A. y Phillips, L.D. (noviembre de 2010), 'Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis', *The Lancet*, **376**(9752): 1558-1565, http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/fulltext#article_upsell
71. Comisión de Estupefacientes (16 de diciembre de 2014), *Cambios en el alcance de la fiscalización de sustancias*, Nota de la Secretaría, E/CN.7/2015/7, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=E/CN.7/2015/7>
72. Scholten, W. (2014), *Hoja informativa sobre la propuesta para discutir la clasificación internacional de la ketamina en la 58ª CND*, <http://idpc.net/es/publications/2015/01/hoja-informativa-sobre-la-propuesta-de-discutir-la-clasificacion-internacional-de-ketamina-en-la-58-sesion-de-la-cnd>
73. Organización Mundial de la Salud (2012), *WHO Expert Committee on Drug Dependence – Thirty-fifth Report*, WHO Technical Report Series 973, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77747/1/WHO_trs_973_eng.pdf?ua=1
74. Durjava, L. y Southwell, M. (29 September 2013), 'Ketamine: Living in dreams, managing the realities', *Open Democracy*, <https://www.opendemocracy.net/iana-durjava-mat-southwell/ketamine-living-in-dreams-managing-realities>
75. Organización Mundial de la Salud (abril de 2015), *WHO Model list of essential medicines, 19th list*, http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf?ua=1
76. Advisory Council on the Misuse of Drugs, UK government, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119174/acmd-cannabis-report-2008.pdf
77. Advisory Council on the Misuse of Drugs (2008), *Cannabis: Classification and public health* (Londres: Home Office), https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119174/acmd-cannabis-report-2008.pdf
78. House of Commons Hansard Debates for 9th February 2009, Column 1094, <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmhansrd/cm090209/debtext/90209-0001.htm>
79. David Nutt (2009), *Estimating drug harms – A risky business?* (Londres: Centre for Crime and Justice Studies), <http://www.crimeandjustice.org.uk/publications/estimating-drug-harms-risky-business>
80. Mark Easton (2009), 'Nutt gets the sack', *BBC Blog*, http://www.bbc.co.uk/blogs/thereporters/markeaston/2009/10/nutt_gets_the_sack.html
81. Organización Mundial de la Salud (1985), *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 22º Informe*, Serie de Informes Técnicos 729, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39387/1/WHO_TRS_729_spa.pdf
82. Organización Mundial de la Salud (2006), *Assessment of khat (Catha edulis Forsk)*, WHO Expert Committee on Drug Dependence, 34th ECDD 2006/4.4, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf
83. Co-ordination Centre for the Assessment and Monitoring New Drugs (noviembre de 2007), *Risicoschatting qat 2007* (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs), http://www.rivm.nl/bibliotheek/digitaaldepot/CAM_qat_risicoschattingsrapport_2007.pdf
84. De Jonge, M. y Van der Veen, C. (2011), *Qatgebruik onder Somaliërs in Nederland* (Utrecht: Trimbos Instituut)
85. Advisory Council on the Misuse of Drugs (enero de 2013), *Khat: A review of its potential harms to the individual and communities in the UK*, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/144120/report-2013.pdf
86. BBC News (3 de julio de 2013), *Herbal stimulant khat to be banned*, <http://www.bbc.com/news/uk-23163017>
87. Travis, A. (29 de noviembre de 2013), 'MPs urge Theresa May to reverse qat ban', *The Guardian*, <http://www.theguardian.com/politics/2013/nov/29/mps-urge-theresa-may-reverse-qat-ban>
88. UK Home Office (2014), *Khat fact sheet for England & Wales*, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/341917/Khat_leaflet_A4_v12_2_.pdf
89. La bencilpiperazina en 2007 y la mefedrona en 2010
90. Comisión Europea (11 de julio de 2011), *Informe de la Comisión sobre la evaluación del funcionamiento de la Decisión 2005/387/JHA del Consejo relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas*, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0430:FIN:es:PDF>; Comisión Europea (11 de julio de 2011), *Commission Staff Working Paper on the assessment of the functioning of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances*, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SE-C:2011:0912:FIN:en:PDF>
91. Véase: Europa Press releases database (17 de septiembre de 2013), *La Comisión Europea toma medidas decididas contra los euforizantes legales*, http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-837_es.htm
92. Ibid
93. Ibid
94. Ibid
95. Por ejemplo, en enero de 2014, el Reino Unido anunció que no participaría en el sistema propuesto porque, al parecer, cuestionaba de forma categórica la afirmación de la UE de que el 20% de los 'euforizantes legales' tiene "usos industriales y comerciales legítimos". Véase: Travis, A. (13 de enero de 2014), 'Legal highs: UK to opt out of new EU regulation regime', *The Guardian*, <http://www.theguardian.com/world/2014/jan/13/legal-highs-uk-opt-out-eu-regulation-regime>
96. Vasconi, C. (septiembre de 2013), *Expert Seminar – Where next for Europe on drug policy reform? IDPC-TNI-SICAD, Lisbon, Portugal, 20th to 21st June 2013*, p. 15, http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/expert_seminar_in_lisbon_final.pdf
97. Véase: McCullough, Wood, J. y Zorn, R. (septiembre de 2013), *New Zealand's psychoactive substances legislation* (Londres: Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas y New Zealand Drug Foundation), <http://idpc.net/publications/2013/09/idpc-briefing-pa>

- [per-new-zealand-s-psychoactive-substances-legislation](http://www.drugfoundation.org.nz/sites/default/files/NZ%20Drug%20Foundation%20-%20Psychoactive%20Substances%20Bill%20submission%20guide_0.pdf); New Zealand Drug Foundation (2013), *Briefing and submission guide on the Psychoactive Substances Bill*, https://www.drugfoundation.org.nz/sites/default/files/NZ%20Drug%20Foundation%20-%20Psychoactive%20Substances%20Bill%20submission%20guide_0.pdf
98. <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2013/0053/latest/DLM5042921.html?src=q>
 99. Véase: McCullough, Wood, J. y Zorn, R. (septiembre de 2013), *New Zealand's psychoactive substances legislation* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas y New Zealand Drug Foundation), p. 7, <http://idpc.net/publications/2013/09/idpc-briefing-paper-new-zealand-s-psychoactive-substances-legislation>
 100. Véase: Organización Mundial de la Salud (2011), *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas*, http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/75837/1/9789243564173_spa.pdf?ua=1
 101. Véase: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y Organización Mundial de la Salud (2012), *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19246es/s19246es.pdf>
 102. Nutt, D. (27 de enero de 2015), 'Illegal drugs laws: Clearing a 50-year-old obstacle to research', *PLOS Biology*, **13**(1): e1002047. doi:10.1371/journal.pbio.1002047, <http://journals.plos.org/plos-biology/article?id=10.1371/journal.pbio.1002047>
 103. Organización Mundial de la Salud (abril de 2015), *WHO Model list of essential medicines, 19th list*, http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf?ua=1
 104. Ibid
 105. Véase: Organización Mundial de la Salud (abril de 2015), *WHO Model list of essential medicines, 19th list*, http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf?ua=1; Organización Mundial de la Salud (abril de 2015), *WHO model list of essential medicines for children, 5th list*, http://www.who.int/entity/medicines/publications/essentialmedicines/EMLc_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf?ua=1
 106. Organización Mundial de la Salud (abril de 2012), *Briefing note – Access to controlled medications programme: Improving access to medications controlled under international drug conventions*, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNote_Genrl_EN_Apr2012.pdf?ua=1
 107. Comisión Global de Políticas de Drogas (octubre de 2015), *El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: La crisis global de dolor evitable*, p. 23, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
 108. Ibid
 109. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2011), *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes relativo a la Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*, http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/Supplement-AR10_availability_Spanish.pdf; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (1995), *Availability of opiates for medical needs: Report of the International Narcotics Control Board for 1995*, p. 1, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/incb-availability-of-opiates-for-medical-purposes-1995.pdf>
 110. Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes; artículos 30(1)(b)(i), 30(1)(b)(ii), 30(2)(b)(i) y 34(b).
 111. Véase: artículo 39 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y del artículo 23 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.
 112. Organización Mundial de la Salud (2011), *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75837/1/9789243564173_spa.pdf?ua=1
 113. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2015), *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014*, https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR_2014_ESP.pdf; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2011), *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes relativo a la Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*, http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/Supplement-AR10_availability_Spanish.pdf
 114. Asamblea General (30 de marzo de 2010) *Resolución aprobada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 2009 – 64/182. Cooperación internacional contra el problema mundial de las drogas*, A/RES/64/192, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/64/182>; Comisión de Estupefacientes (2010), *Resolución 53/4: Promoción de una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos de drogas lícitas sometidas a fiscalización internacional, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso*, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/V10/520/85/PDF/V1052085.pdf?OpenElement>
 115. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011), *Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse*, https://www.unodc.org/docs/treatment/Pain/Ensuring_availability_of_controlled_medications_FINAL_15_March_CND_version.pdf
 116. Organización Mundial de la Salud (2014), *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*, WHA67.19, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
 117. Organización Mundial de la Salud (2011), *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75837/1/9789243564173_spa.pdf?ua=1
 118. Human Rights Watch (junio de 2015), *México: Un gran avance en el tratamiento del dolor – Implementa un moderno sistema para prescribir analgésicos fuertes*, <https://www.hrw.org/es/news/2015/06/15/mexico-un-gran-avance-en-el-tratamiento-del-dolor>
 119. Human Rights Watch (octubre de 2014), *Cuidar cuando no es posible curar: Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México*, <https://www.hrw.org/es/report/2014/10/28/cuidar-cuando-no-es-posible-curar/asegurando-el-derecho-los-cuidados-paliativos-en>
 120. Organización Mundial de la Salud y Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance (enero de 2014), *Global atlas of palliative care at the end of life*, <http://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>; Human Rights Watch (2011), *Global state of pain treatment – Access to medicines and palliative care*, <https://www.hrw.org/report/2011/06/02/global-state-pain-treatment/access-medicines-and-palliative-care>
 121. Human Rights Watch (septiembre de 2010), *Needless pain government failure to provide palliative care for children in Kenya*, <https://www.hrw.org/report/2010/09/09/needless-pain/government-failure-provide-palliative-care-children-kenya>
 122. Comunicación con la doctora Zipporah Ali, directora ejecutiva de Kenya Hospice and Palliative Care Association, septiembre de 2015
 123. El Informe Mundial sobre las Drogas de la UNODC correspondiente a 2015 reconoce que la prevalencia global del uso de drogas se ha mantenido en general estable. Véase: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, p. 11, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
 124. Véase, por ejemplo: Werb, D., Mills, E.J., DeBeck, K., Montaner, J.S.G. y Wood, E. (2011), 'The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements: A systematic review and meta-analysis', *Journal of Epidemiology & Community Health*, **65**(10): 834-840, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21558482>
 125. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Prevention*, <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/>; Canadian Centre on Substance Abuse (2013), *A case for investing in youth substance abuse prevention*, <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2012-ccsa-Investing-in-youth-substance-abuse-prevention-en.pdf>; Miller, T., y Hendrie, D. (2009), *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis* (Center for Substance Abuse Prevention), <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA07-4298/SMA07-4298.pdf>; Lee, S., Drake, E., Pennucci, A., Mill-

- er, M. y Anderson, L. (2012), *Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes* (Olympia: Washington State Institute for Public Policy)
126. US Government Accountability Office (enero de 2003), *Youth illicit drug use prevention: DARE long-term evaluations and federal efforts to identify effective programs*, <http://www.gao.gov/products/GAO-03-172R>; Rosenbaum, D.P. y Hanson, G.S. (1998), 'Assessing the effects of school-based drug education: A six year multilevel analysis of Project DARE', *Journal of Research in Crime and Delinquency*, **35**(4): 381, <http://jrc.sagepub.com/content/35/4/381.abstract>; Lynam, D.R., et al. (1999), 'Project DARE: No effects at 10-year follow-up', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67**(4): 590, <http://barkingduck.net/ehayes/essays/ccp674590.html>. Una campaña parecida en el Reino Unido, cuya eslogan se podría traducir aproximadamente como 'La heroína te hace mierda', que perseguía mostrar los impactos negativos de la heroína en la apariencia física, también resultó contraproducente y condujo a un incremento en el uso de esta sustancia en el país. Véase: Hinkley, K. (21 de octubre de October 2014), '5 ridiculous anti-drugs posters', *TalkingDrugs*, <http://www.talkingdrugs.org/5-anti-drugs-campaigns>
 127. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *European drug prevention quality standards*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>
 128. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *International standards on drug use prevention*, <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
 129. Véase: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/prevention>
 130. Hawks, D., Scott, K., y McBride, M. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud); Orwin, R., et al. (2004), *Evaluation of the national youth anti-drug media campaign: 2004 report of findings* (Washington DC: National Institute on Drug Abuse), <http://archives.drugabuse.gov/initiatives/westat/#reports>
 131. Para más información sobre el programa 'Unplugged', así como las herramientas, las actividades y los varios proyectos, véase el sitio web de EU-Dap: www.eudap.net. En español: <http://www.edex.es/portfolio/unplugged/>
 132. Véase, por ejemplo: Van der Kreeft, P. et al (2009), 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse', *Drugs: education, prevention and policy*, **16** (2): 167-181; Faggiano, F. et al (2010), 'The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial', *Drug and Alcohol Dependence*, **108**: 56-64
 133. Hawks, D., Scott, K., y McBride, M. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud); Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *EMCDDA best practice in drug interventions*, <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice#view-start>
 134. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Searching family treasure summary*, http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5136&tab=overview
 135. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Searching family treasure – Executive summary*, http://www.emcdda.europa.eu/modules/wbs/dsp_print_project_description.cfm?project_id=5136
 136. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Searching family treasure summary*, http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5136&tab=overview
 137. Ibid
 138. Instituto da Droga e da Toxicoddependência (2012), *Prevenção das toxicoddependências em Grupos Vulneráveis – Catálogo de Boas Práticas*, <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/PrevencaoMais/Documentos/Cat%C3%A1logo de Boas Pr%C3%A1ticas 2012.pdf>
 139. Babor, T., et al. (2010), *Drug policy and the public good* (Oxford: Oxford University Press). Véanse también los efectos del programa 'Coping Power' en los Países Bajos: http://www.emcdda.europa.eu/modules/wbs/dsp_print_project_description.cfm?project_id=NL0801, o los del programa 'EmPeCemos' (Emociones, Pen-
 - samientos y Conductas para un desarrollo saludable) en España: http://www.emcdda.europa.eu/modules/wbs/dsp_print_project_description.cfm?project_id=ES_03
 140. Room, R. (2006), *The effectiveness and impact of environmental strategies of prevention: Lessons from legal psychoactive substances, and their applicability to illicit drugs*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44273_EN_History%20and%20concepts%20of%20environmental%20strategies%20-%20Robin%20Room.pdf
 141. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *European drug prevention quality standards*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>
 142. Véase: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *International standards on drug use prevention*, <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *European drug prevention quality standards*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>
 143. Los puntos clave y ejemplos de normas de calidad que se presentan a continuación están extraídos de: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *European drug prevention quality standards*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>
 144. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *European drug prevention quality standards*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>
 145. Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>
 146. Ibid
 147. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
 148. Ibid
 149. Ibid
 150. Harm Reduction International (2015), *A global review of the harm reduction response to amphetamines: A 2015 update*, http://www.ihra.net/files/2015/10/18/AmphetaminesReport_Oct2015_web.pdf
 151. Véase, por ejemplo: <http://bookofauthorities.info/>
 152. Harm Reduction International (2014), *The global state of harm reduction 2014*, <http://www.ihra.net/contents/1524>
 153. Mathers, B.M., et al (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet*, **375**(9719): 1014-1028, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60232-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60232-2/abstract)
 154. Harm Reduction International, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas e International HIV/AIDS Alliance (2014), *The funding crisis for harm reduction*, www.ihra.net/files/2014/09/22/Funding_report_2014.pdf
 155. Especialmente Rusia, donde más de una tercera parte de las personas que se inyectan drogas vive con el VIH. Véase: Comisión Global de Políticas de Drogas (2011), *Guerra a las drogas*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Spanish.pdf
 156. Shaw, G. (2014), *Independent evaluation: Community Action on Harm Reduction (CAHR)*, <http://www.cahrproject.org/resource/independent-evaluation-cahr/>
 157. Para más información, véase el sitio web del proyecto CAHR: www.cahrproject.org
 158. Organización Mundial de la Salud (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
 159. International Conference on Drug Policy and Policing (2013), *Frankfurt principles on drug law enforcement*, <https://www.openso-cietyfoundations.org/briefing-papers/frankfurt-principles>
 160. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for*

- injecting drug users, <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/>. Este documento se actualizó en 2012: http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
161. Harm Reduction International (2015), *A global review of the harm reduction response to amphetamines: A 2015 update*, http://www.ihra.net/files/2015/10/18/AmphetaminesReport_Oct2015_web.pdf
 162. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud (2013), *Opioid overdose: Preventing and reducing opioid overdose mortality*, <https://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf>
 163. Organización Mundial de la Salud (2004), *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*, <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/>
 164. 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://cid.oxfordjournals.org/content/49/9/1433.full>
 165. Deiss, R.G., Rodwell, T.C. y Garfein, R.S. (2009), 'Tuberculosis and illicit drug use: Review and update', *Clinical Infectious Diseases*, **48**(1): 72–82, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19046064>
 166. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2004), *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
 167. Organización Mundial de la Salud (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
 168. Wolfe, D., Carrieri, M.P. y Shepard, D. (2010), 'Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: A review of barriers and ways forward', *The Lancet*, **376**(9738): 355–366, [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)60832-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)60832-X.pdf)
 169. Wolfe, D. y Cohen, J. (2010), 'Human rights and HIV prevention, treatment, and care for people who inject drugs: Key principles and research needs', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, **55**(S1): S56–S62, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21045602>
 170. New York City Department of Health and Mental Hygiene (2010), 'Illicit drug use in New York City', *NYC Vital Signs*, **9**(1), <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/survey/survey-2009drugod.pdf>
 171. Hellard, M., Sacks-Davis, R. y Gold, J. (2009), 'Hepatitis C treatment for injection drug users: A review of the available evidence', *Clinical Infectious Diseases*, **49**(4): 561–573, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19589081>
 172. Las intervenciones 10 a 16 se han elaborado en el marco de un paquete más amplio de intervenciones que también incluyen las 9 intervenciones propuestas por la ONU en: International HIV/AIDS Alliance (2010), *Good practice guide: HIV and drug use*, http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/383/454-Good-practice-guide-HIV-and-drug-use_original.pdf
 173. Para más información, véase el sitio web de la campaña 'Apoye. No castigue': <http://supportdontpunish.org/es>
 174. Por ejemplo: <https://www.facebook.com/supportdontpunish> y <https://twitter.com/sdpcampaign>
 175. Para más información, véase: <http://supportdontpunish.org/es/proyecto-de-fotos/>
 176. Para más información, véase: <http://supportdontpunish.org/day-of-action-2015/>
 177. Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas y Eurasian Harm Reduction Network (2014), *Drug policy training toolkit: Facilitation guide*, <http://idpc.net/policy-advocacy/training-toolkit>
 178. Kessler, R.C., et al. (1994), 'Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey', *Archives of General Psychiatry*, **51**: 8–19; Regier, D.A., et al. (1990), 'Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse', *Journal of the American Medical Association*, **264**: 2511–2518, <http://jama.ama-assn.org/content/264/19/2511.abstract>
 179. Véase: <http://www.leshrcc.org/>
 180. Véase el sitio web de Release: www.release.org.uk
 181. Vancouver Coastal Health (2006), *Crystal Clear: A practical guide for working with peers and youth*, http://www.vancouveragreement.ca/wp-content/uploads/2006_Crystal-Clear-A-Practical-Guide.pdf
 182. El IDPC también recomienda las intervenciones 17 a 21 como pieza de un enfoque integral para la reducción de daños, aunque esta lista no es exhaustiva. Para más recomendaciones sobre la reducción de daños dirigida a personas que usan anfetaminas, véase: Harm Reduction International (2015), *A global review of the harm reduction response to amphetamines: A 2015 update*, http://www.ihra.net/files/2015/10/18/AmphetaminesReport_Oct2015_web.pdf
 183. Véase: Croisier, J. (2 de diciembre de 2014), 'Braços Abertos in Sao Paulo, what can we learn from the Housing First model?', *IDPC Blog*, <http://idpc.net/blog/2014/12/bracos-abertos-in-sao-paulo-what-can-we-learn-from-the-housing-first-model>
 184. Prefeitura da Cidade de Sao Paulo (2015), *Alcohol and drug policy within the city of Sao Paulo*, presentación realizada en la Conferencia Internacional de Reducción de Daños celebrada en Kuala Lumpur, Malasia, en octubre de 2015
 185. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2015), *Drug consumption rooms: An overview of provision and evidence*, <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms>
 186. Marshall, B.D.L., Milloy, M.J., Wood, E., Montaner, J.S.G. y Kerr, T. (2011), 'Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study', *The Lancet*, **377**(9775): 1429–1437, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62353-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62353-7/abstract)
 187. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONU Mujeres, Organización Mundial de la Salud y Red Internacional de Personas que Usan Drogas (2014), *Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs*, www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf
 188. Para más información, véase: <https://dancesafe.org/drug-checking/>
 189. Véase, por ejemplo: National Post (30 de diciembre de 2011), *Vancouver health body begins free crack pipe program for addicts*, <http://news.nationalpost.com/news/canada/vancouver-health-body-begins-free-crack-pipe-program-for-addicts>; para directrices de buenas prácticas sobre la distribución de equipo para fumar crack de forma más segura, véase: Strike, C., Gohil, H. y Watson T.M. (2014), *Safer crack cocaine smoking equipment distribution: Comprehensive best practice guidelines* (Canada's source for HIV and hepatitis C information), <http://www.catie.ca/en/pif/fall-2014/safer-crack-cocaine-smoking-equipment-distribution-comprehensive-best-practice-guideli>
 190. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
 191. Ibid
 192. National Institute for Health and Clinical Excellence (2007), *Methadone and buprenorphine in the management of opioid dependence* (Londres: NICE), <https://www.nice.org.uk/guidance/ta114>
 193. MacArthur, G.J., et al (octubre de 2012), 'Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: Systematic review and meta-analysis', *British Medical Journal*, **345**: e5945, <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5945>
 194. Ibid; Como observa la UNODC, muchas personas dependientes de drogas "que estarían motivadas para seguir un tratamiento pero no encuentran centros accesibles y bien equipados en sus barrios están de facto condenadas a permanecer en una situación de dependencia y a perpetuar su dependencia en la exclusión social". Véase: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009), *Reducing the adverse health and social consequences of drug*

- abuse: A comprehensive approach, <https://www.unodc.org/documents/prevention/Reducing-adverse-consequences-drug-abuse.pdf>
195. Godfrey, C., Stewart, D. y 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/?a-Modele=afficheN&cpsid=15796344>.
 196. National Treatment Agency for Substance Misuse (2010), *A long-term study of the outcomes of drug users leaving treatment*, http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf
 197. Stimson, G. et al (2010), *Three cents a day is not enough* (Londres: Harm Reduction International), http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_3CentsReport.pdf
 198. National Institute on Drug Abuse (2007), *Cost effectiveness of drug treatment*, <https://www.drugabuse.gov/publications/teaching-packets/understanding-drug-abuse-addiction/section-iv/6-cost-effectiveness-drug-treatment>
 199. National Institute on Drug Abuse (2006), *International program, methadone research web guide*
 200. Botvin, G., Schinke, J. y Steven, P. (1997), *The etiology and prevention of drug abuse among minority youth*, (New York: Haworth Press); Beauvais, F. y 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>.
 201. Los textos de los tres tratados de control de drogas de la ONU se pueden consultar aquí: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html>
 202. Hallam, C. (2010), *IDPC Briefing Paper – Heroin-assisted treatment: The state of play* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/publications/2010/07/idpc-briefing-heroin-assisted-treatment>
 203. Strang J., et al (2010), 'Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): A randomised trial', *The Lancet*, **375**(9729): 1885–1895, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60349-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60349-2/abstract)
 204. Ibid
 205. Strang, J., et al (July 2015), 'Heroin on trial: Systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction', *The British Journal of Psychiatry*, **207**(1): 5–14, <http://bjp.rcpsych.org/content/207/1/5>
 206. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud (2008), *El derecho a la salud: Folleto informativo N° 31* (Ginebra: Naciones Unidas), <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
 207. Convención Única de 1961 sobre Estupefacentes, <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html> y Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/psychotropics.html>
 208. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2009), *Press release: High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy* (Ginebra: Consejo de Derechos Humanos), http://www.ohchr.org/documents/Press/HC_human_rights_and_harm_reduction_drug_policy.pdf
 209. Organización Mundial de la Salud (abril de 2015), *WHO model list of essential medicines, 19th list*, http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf?ua=1
 210. Human Rights Watch (2007), *Rehabilitation required: Russia's human rights obligation to provide evidence-based drug dependence treatment*, <https://www.hrw.org/report/2007/11/07/rehabilitation-required/russias-human-rights-obligation-provide-evidence-based>
 211. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
 212. Holt, E. (2010), 'World report: Russian injected drug use soars in the face of political inertia', *The Lancet*, **376**(9734): 13–14, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61041-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61041-0/fulltext)
 213. Organización Mundial de la Salud - 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*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/assess_treatment_users_asia/en/; Pearshouse R. (2009), *Compulsory drug treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)* (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network), <http://www.aidslaw.ca/site/compulsory-drug-treatment-in-thailand-observations-on-the-narcotic-addict-rehabilitation-act-b-e-2545-2002/>; 'Harm Reduction 2009: IHRA's 20th International Conference' in 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/contents/128>
 214. International Harm Reduction Development Programme (2011), *Treated with cruelty: Abuses in the name of drug rehabilitation* (Nueva York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/treated-with-cruelty-20110624/treatedwithcruelty.pdf
 215. Human Rights Watch (2011), *The rehab archipelago: Forced labour and other abuses in drug detention centres in Southern Vietnam*, <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/vietnam-0911ToPost.pdf>
 216. Estudio de caso extraído de: Tanguay, P., Stoicescu, C. y Cook, C. (octubre de 2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs*, http://www.ihra.net/files/2015/10/19/Community_based_drug_treatment_models_for_people_who_use_drugs.pdf
 217. Godwin, J. (2016), *A public health approach to drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>; Human Rights Watch (2010), *Where darkness knows no limits: Incarceration, ill-treatment and forced labour as drug rehabilitation in China*, <http://www.hrw.org/reports/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits-0>
 218. Véase: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Organización Internacional del Trabajo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, UNESCO, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, UNICEF, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONU Mujeres, Programa Mundial de Alimentos, Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA (marzo de 2012), *Declaración conjunta: Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas*, http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_es.pdf
 219. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (23 de septiembre de 2015), *Press release: New Roadmap to voluntary community-based services for people who use drugs in Asia*, <http://unaids-ap.org/2015/09/23/press-release-new-roadmap-to-voluntary-community-based-services-for-people-who-use-drugs-in-asia/>
 220. Tanguay, P., et al (2015), 'Facilitating a transition from compulsory detention of people who use drugs towards voluntary community-based drug dependence treatment and support services in Asia' *Harm Reduction Journal*, **12**:31, <http://www.harmreductionjournal.com/content/12/1/31>; Tanguay, P., Stoicescu, C. y Cook, C. (October 2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs*, http://www.ihra.net/files/2015/10/19/Community_based_drug_treatment_models_for_people_who_use_drugs.pdf
 221. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011), *Amphetamines and Ecstasy: 2011 Global ATS Report*, https://www.unodc.org/documents/ATS/2011_Global_ATS_Report.pdf

unodc.org/documents/ATS/ATS_Global_Assessment_2011.pdf

222. Shearer, J., Sherman, J., Wodak, A. y Van Beek, I. (2002), 'Substitution therapy for amphetamine users', *Drug and Alcohol Review*, **21**: 179-185, <http://www.undrugcontrol.info/en/issues/safer-crack-use/item/4535-substitution-therapy-for-amphetamine-users>
223. Srisurapanont, M., Jarusuraisin, N. y Kittirattanapaiboon, P. (2008), 'Treatment for amphetamine dependence and Abuse', *Database of Systematic Reviews*, Issue 3, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003022.pub2/epdf>
224. Shearer, J., Sherman, J., Wodak, A. y Van Beek, I. (2002), 'Substitution therapy for amphetamine users', *Drug and Alcohol Review*, **21**: 179-185, <http://www.undrugcontrol.info/en/issues/safer-crack-use/item/4535-substitution-therapy-for-amphetamine-users>
225. Goncalves, J.R. y Nappo, S.A. (julio de 2015), 'Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: A qualitative study', *BMC Public Health*, **15**: 706, <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2063-0#CR14>; Ribeiro, L.A., Sanchez, Z.M. y Nappo, S.A. (2010), 'Surviving crack: A qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated', *BMC Public Health*, **10**: 671, <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-671>
226. Goncalves, J.R. y Nappo, S.A. (July 2015), 'Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: A qualitative study', *BMC Public Health*, **15**: 706, <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2063-0#CR14>
227. Labigalini, E., Rodrigues, L.R. y Da Silveira, D.X. (1999), 'Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil', *Journal of Psychoactive Drugs*, **31**(4): 451-455, http://druglawreform.info/images/stories/documents/Therapeutic_Cannabis_Crack_Brazil.pdf
228. BBC Mundo (25 de marzo de 2013), *Bogotá quiere de aliada a la marihuana*, http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/03/130322_colombia_marihuana_combate_adicciones_bogota_aw.shtm#reports
229. Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en drogodependencias (9 de diciembre de 2015), *Hospital de Uruguay impulsa tratar a adictos a pasta base con marihuana*, <http://www.riod.org/noticia.php?idn=1660>
230. National Treatment Agency for Substance Misuse (2012), *Medications in recovery – Re-orientating drug dependence treatment*, <http://www.nta.nhs.uk/uploads/medications-in-recovery-main-report3.pdf>
231. Patterson, K. (10 de junio de 2015), 'A new definition of recovery: Beyond abstinence', *Addiction.com*, <https://www.addiction.com/10687/a-new-definition-of-recovery-beyond-abstinence/>

Capítulo 3:

Justicia penal

Introducción al capítulo

Tradicionalmente, el control de drogas se ha centrado en imponer sanciones penales a toda aquella persona que participe en el mercado ilícito de drogas, con la esperanza de que estas duras sanciones desalienten la participación en el comercio de sustancias. Como resultado, los gobiernos han adoptado sanciones penales severas y desproporcionadas para los delitos relacionados con drogas, que van desde el encarcelamiento a la pena de muerte.²³²

Según cálculos recientes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, una de cada cinco personas actualmente en prisión ha sido condenada por un delito de posesión o de tráfico de drogas (y en torno al 80% solo por posesión).²³³ A pesar de ello, el uso de drogas a escala mundial sigue siendo alto²³⁴ y esta política ha generado más daños que los causados por las sustancias a las que pretende someter a control. Para responder a esta situación, algunos países han decidido descriminalizar el uso de drogas. Aunque esta política plantea ciertos desafíos, ha sido clave para reducir el encarcelamiento de personas que usan drogas, así como el estigma y la discriminación que enfrentan. La descriminalización también es fundamental para mejorar el acceso de las personas a servicios de reducción de daños que salvan vidas, al tratamiento de la dependencia de drogas y a otros servicios sociales y de salud. Esto se explicará con más detalle en el **capítulo 3.1**.

Otros gobiernos han dado un paso más allá, hacia la regulación legal de ciertas sustancias, como el cannabis, la coca y algunas nuevas sustancias psicoactivas (NSP). Estas reformas están en conflicto con los tratados de control de drogas de la ONU, que actualmente no permiten mercados legales para el uso recreativo de sustancias sometidas a fiscalización internacional. A pesar de estas evidentes tensiones con el régimen global de control, la necesidad de proteger la salud de las personas que usan drogas, incrementar la seguridad ciudadana y reducir la exclusión social han primado a la hora de optar por este enfoque. El **capítulo 3.2** ofrece una panorámica general de los distintos regímenes regulatorios que se podrían establecer, extrayendo lecciones de experiencias concretas con el cannabis, la coca, las NSP, el alcohol y el tabaco.

Un sistema judicial penal eficaz se basa en el principio de proporcionalidad, por el que las penas impuestas por un delito se deberían ponderar en función de los daños provocados por las acciones de su autor. Hoy en día, la mayor parte de las personas encarceladas por delitos de drogas están en prisión durante largos períodos, normalmente por delitos menores y no violentos. Algunas incluso están en el corredor de la muerte, ya que algunos países “una minoría” mantienen la pena de muerte para los delitos de drogas. Los castigos desproporcionados no se han traducido en una reducción de la escala del mercado ilícito, pero sí han dado lugar a una importante sobrepoblación en las cárceles, y a las consecuencias negativas afines. Mientras que en el **capítulo 3.3** se define el concepto de proporcionalidad con más detalle y se presentan directrices sobre cómo aplicarlo en el ámbito de los delitos de drogas, en el **capítulo 3.4** se ofrecen recomendaciones para diseñar y poner en prácticas alternativas al encarcelamiento para los autores de delitos no violentos, una opción normativa esencial para reducir la sobrepoblación penitenciaria y centrar los recursos en la persecución de los delincuentes más peligrosos y violentos que actúan en el mercado ilícito de drogas.

La eficacia del sistema judicial penal depende en gran medida de una aplicación efectiva de la ley. El **capítulo 3.5** analiza los fallos de un enfoque excesivamente prohibicionista para abordar el mercado ilícito de drogas, y ofrece orientación para revisar y modernizar las actuales iniciativas de aplicación de las leyes de drogas, centrándose en priorizar una reducción de la violencia, el lavado de dinero y la corrupción, cumplir objetivos sociales más amplios, promover modelos de policía comunitaria, incrementar las alianzas entre la policía y las autoridades sanitarias y sociales, etc.

El último capítulo de esta sección, el **capítulo 3.6**, se centra en las mejores prácticas para prestar servicios de salud en la cárcel, con miras a reducir los daños a la salud relacionados con el encarcelamiento continuo de un gran número de personas que usan drogas. El capítulo ofrece directrices y buenas prácticas sobre la mejor manera de proporcionar reducción de daños, tratamiento y otros servicios de atención médica a la población penitenciaria.

3.1

Descriminalización de personas que usan drogas

Principales recomendaciones

- Las leyes, políticas y prácticas en materia de drogas se deberían revisar para eliminar las sanciones penales por uso de drogas, posesión de drogas para uso personal, posesión de implementos para el uso de drogas, y cultivo y adquisición para uso personal
- El criterio de referencia de la descriminalización es la eliminación de todo castigo por el uso de drogas, así como la prestación de servicios sociales y de salud de carácter voluntario, entre los cuales están los programas de reducción de daños y tratamiento de la dependencia de drogas fundamentados en evidencia. Si se impone una sanción administrativa por el uso de drogas, esta se debería aplicar en un marco que promueva el acceso a servicios sociales y de salud, y que no conduzca a una “ampliación de la red”
- La distinción entre el uso personal y la intención de suministro se debería realizar a través de umbrales *indicativos* de cantidad, así como mediante una evaluación de *todas las pruebas disponibles* en cada caso concreto. Incluso cuando una persona sea sorprendida en posesión de una cantidad que supere el umbral fijado, deberían existir mecanismos para identificar si la posesión es para uso personal o con la intención de suministrar a terceros
- Se debería ofrecer formación, sensibilización y orientación a policías, fiscales y magistrados sobre el uso de drogas, la reducción de daños, el tratamiento y la descriminalización
- Las medidas de descriminalización deberían ir acompañadas de inversiones en programas sociales y de salud con miras a garantizar unos resultados sanitarios óptimos.

Introducción

La criminalización de las personas que usan drogas en todo el mundo ha tenido graves consecuencias para su salud y bienestar, y ha incrementado su exposición a riesgos sanitarios y a grupos delictivos. El miedo al encarcelamiento aleja a las personas que usan drogas de los servicios de salud y de reducción de daños que necesitan, aumentando su vulnerabilidad frente a enfermedades de transmisión sanguínea como el VIH y la hepatitis C, y el riesgo de muerte por sobredosis. Al mismo tiempo, la criminalización de la posesión de parafernalia para el uso de drogas, como agujas y jeringas esterilizadas y pipas de crack, ha socavado aún más las iniciativas de reducción de daños que persiguen frenar la epidemia del VIH y la hepatitis.²³⁵

Las campañas de represión policial, los análisis de orina obligatorios, la inscripción de usuarios de drogas en registros gubernamentales oficiales o la detención obligatoria disuaden a las personas de acceder a servicios sociales y de salud.²³⁶ Las acciones de represión contra las personas que usan drogas, así como la condena social de su conducta, han exacerbado la marginalización y estigmatización de estas, rompiendo sus lazos con la familia y la comunidad, y socavando su acceso al empleo y la educación.

A las personas con antecedentes penales por delitos de drogas se les llega a excluir del acceso a servicios de bienestar social y a becas, e incluso se les puede negar el derecho al voto (como ocurre en los Estados Unidos). Los grupos minoritarios –en especial las minorías étnicas– se ven especialmente afectados, ya que suelen ser el principal objetivo de las intervenciones de aplicación de la ley. En algunas zonas del mundo, la aplicación de las leyes de drogas por parte de la policía se ha convertido en una forma de control social.²³⁷

Debido a los efectos devastadores de los enfoques excesivamente represivos en el ámbito del control de drogas, la criminalización está siendo objeto de un creciente cuestionamiento y examen. Varios organismos internacionales han instado explícitamente a que se eliminen las sanciones penales contra personas que usan drogas, como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA),²³⁸ la Organización Mundial de la Salud (OMS),²³⁹ el Programa de las

Cuadro 1 ¿Qué es la descriminalización?

La descriminalización implica eliminar las sanciones penales para ciertas actividades. En el contexto del uso de drogas, las actividades siguientes dejarían de representar un delito penal o estar sujetas a sanciones penales:

- Uso de drogas
- Posesión de drogas para uso personal
- Cultivo y adquisición de plantas controladas para uso personal
- Posesión de parafernalia para el uso de drogas.

El objetivo general de la descriminalización es acabar con el castigo y la estigmatización de las personas que usan drogas. Una vez descriminalizado el consumo, los gobiernos pueden responder al uso de drogas y las actividades afines con varios enfoques, como sería la derivación a servicios sociales y de salud. Cabe destacar que, cuando se aplica con un enfoque orientado a la reducción de daños, la descriminalización puede proporcionar un marco jurídico propicio desde el que se puede acceder a intervenciones de salud de forma voluntaria y sin miedo al estigma, al arresto o la detención.²⁴⁰ Por lo tanto, el criterio de referencia de la descriminalización es un enfoque en que se deja de castigar el uso de drogas, el cultivo, la compra, la posesión

para uso personal y la posesión de parafernalia para el uso, y en el que las personas pueden acceder a servicios de atención de la salud, reducción de daños y tratamiento. En la práctica, algunos gobiernos han optado por imponer sanciones administrativas a las personas que usan drogas. En tal caso, dichas sanciones no deberían dar lugar a penas más severas que las impuestas en virtud de la criminalización (esto se discutirá con más detalle más adelante).

La descriminalización es distinta de la legalización, que es un proceso por el que todas las conductas relacionadas con drogas (uso, posesión, cultivo, comercio, etc.) se convierten en actividades legales. En el marco de este proceso, los gobiernos pueden decidir adoptar leyes y políticas administrativas para regular el cultivo, la distribución y el uso de drogas, incluidas restricciones sobre la disponibilidad y el acceso; esto es lo que se conoce como “regulación legal” (véase el capítulo 3.2). La descriminalización también se debería distinguir de la despenalización, un proceso por el que se rebajan o se eliminan por completo las sanciones penales para determinadas conductas que siguen constituyendo delitos sancionables por la ley penal (para más información, véase el capítulo 3.3, relativo a la proporcionalidad).

Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD),²⁴¹ la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH),²⁴² ONU Mujeres²⁴³ y la Organización de los Estados Americanos (OEA),²⁴⁴ entre otros.²⁴⁵ A escala nacional, varios países han adoptado modelos innovadores de descriminalización.²⁴⁶

Asuntos legislativos y de política relacionados

Descriminalizar el uso de drogas y la posesión para uso personal

Más de 40 países y jurisdicciones de todo el mundo han promulgado algún tipo de descriminalización para determinados delitos de drogas.²⁴⁷ Los procesos de descriminalización se pueden dividir en dos grandes grupos: la descriminalización *de jure* y la descriminalización *de facto*. En el caso del primero, el *de jure*, la eliminación de las sanciones penales se realiza mediante un proceso legislativo: mediante la derogación de la legislación penal, la creación de una ley civil o el dictamen de un tribunal constitucional que conduzca a una revisión legislativa. En el modelo *de facto*, aunque el uso de

drogas sigue siendo un delito penal en la legislación del país, en la práctica deja de procesarse a las personas (por ejemplo, en los Países Bajos). La descriminalización puede centrarse en una sustancia específica (normalmente el cannabis), en varias o en todas las sustancias (como sucede en Portugal).

Si bien alcanzar la descriminalización mediante una reforma legislativa puede llevar varios años, la descriminalización *de facto* se puede aplicar relativamente rápido a través de una serie de ajustes normativos pragmáticos. Por otro lado, una política de descriminalización *de facto* también es más fácil de revertir, por ejemplo si se produce un cambio en el liderazgo político.

La descriminalización funciona mejor cuando se aplica en paralelo al desarrollo, la financiación y la ampliación de un amplio abanico de servicios de reducción de daños y tratamientos de la dependencia de drogas basados en evidencia. En tal caso, las personas que usan drogas pueden acceder a estos servicios sin temor a ser arrestadas o castigadas, o ser objeto de estigma o discriminación.

En muchos casos, los países que han descriminalizado el uso de drogas han optado por adoptar sanciones



Marcha silenciosa para que se ponga fin a la práctica de identificación y registro, y a los arrestos basados en perfiles raciales en los Estados Unidos

administrativas para actividades relacionadas con el uso, como órdenes de servicios comunitarios, multas y suspensión de licencias. Es fundamental que estas sanciones administrativas no se traduzcan en un daño mayor que el de la criminalización (por ejemplo, el uso de centros de detención obligatoria, la inscripción de personas que usan drogas en registros gubernamentales, la imposición de elevadas multas que lleven a un largo período en prisión si no se pagan, etc.).

Descriminalizar el cultivo para uso personal

Algunos modelos de descriminalización abarcan el cultivo de sustancias para uso personal con el fin de garantizar que las personas que usan drogas no deban recurrir al mercado delictivo para acceder a su sustancia preferida. Por ejemplo, en varios países, han nacido clubes sociales de cannabis a raíz de los esfuerzos de los propios usuarios de alejarse del mercado negro y garantizar productos de buena calidad.²⁴⁸

En Bélgica, España y Uruguay, por ejemplo, los clubes sociales de cannabis permiten a las personas cultivar sus propias plantas como parte de una cooperativa, y solo en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de los socios del club (estas cantidades están fijadas por los mismos socios). El cultivo y la distribución están limitados a los socios del club, y el cannabis se puede consumir en los locales del club o recogerse para consumir fuera. La afiliación está prohibida a menores de 18 años y la mayoría de los clubes también tiene un límite sobre el número de socios. Uruguay, por ejemplo, ha establecido el límite en 45 socios, mientras que la Federación de Asociaciones

de Cannabis de Catalunya ha fijado el límite en 655 socios, si bien una serie de decisiones del Tribunal Supremo de España ha marcado recientemente unos límites más estrictos sobre el número de socios de los clubes sociales (en su último fallo, el Tribunal Supremo dictaminó que un club con 290 socios era inaceptable).²⁴⁹

Muchos de los clubes han sido claves para fomentar el consumo responsable entre sus socios, proporcionando pautas e información sobre el uso. Este modelo ha protegido a las personas del mercado ilícito del cannabis, y, a menudo, ha ayudado a evitar un modelo orientado al lucro, siempre dentro de las limitaciones establecidas por las convenciones de control de drogas de la ONU.^{250,251}

Asuntos de implementación

Después de la descriminalización, los responsables de políticas tienen la posibilidad de establecer un amplio abanico de respuestas a las actividades de uso de drogas, y los modelos en todo el mundo ponen de manifiesto una gran diversidad.²⁵² Algunos de ellos han resultado ser ineficaces o han exacerbado los daños entre las personas que usan drogas. Las pruebas disponibles demuestran que un modelo de éxito debería centrarse en invertir en servicios de reducción de daños y de tratamiento de la dependencia de drogas. A continuación, se presentan varias consideraciones que se deberían tener en cuenta al plantear un modelo de descriminalización para el uso de drogas.

Cuadro 2 El modelo portugués de derivación a servicios de salud

En julio de 2001, Portugal adoptó la Ley 30/2000, por la que se descriminalizó la posesión de todas las drogas controladas a escala internacional para consumo personal. Según el nuevo régimen jurídico, el tráfico de drogas sigue siendo procesable como un delito penal, pero la posesión de sustancias para hasta 10 días de uso personal es una falta administrativa. La ley también incorporó un sistema de derivación hacia Comisiones para la Disuasión de la Toxicodependencia (*Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência*). Cuando se arresta a una persona en posesión de drogas, la policía la deriva directamente a estos grupos regionales, que están formados por tres personas “un trabajador social, un asesor jurídico y un profesional médico”, y que cuentan con el apoyo de un equipo de expertos técnicos.

Las comisiones utilizan respuestas selectivas para reducir el uso de drogas y animar a los consumidores dependientes a iniciar un tratamiento. Con ese fin, pueden imponer sanciones tales como servicios comunitarios, multas, suspensión de licencias profesionales y la prohibición de acudir a determinados lugares, así como recomendar programas de reducción de daños, tratamiento o for-

mación, y proporcionar asistencia social a quienes lo necesitan.

Entre 2002 y 2009, las Comisiones para la Disuasión facilitaron unos 6.000 procesos administrativos al año. Como lo muestra el gráfico 1 (abajo), en 2009, la mayor parte de los casos (68%) se tradujo en una suspensión de los procesos judiciales de personas que no eran dependientes de drogas (es decir, no se adoptaron medidas ulteriores). Un 14% de los casos dio lugar a sanciones punitivas (el 10% fueron sanciones como la suspensión de una licencia o la restricción de la libertad de movimiento y el 4% fueron multas).²⁵³ El 15% de los casos se suspendió de forma provisional, tras acordarse que la persona iniciaría un tratamiento. Aproximadamente el 76% de los casos estaban relacionados con el cannabis, el 11%, con la heroína, el 6%, con la cocaína y, el resto, con varias drogas.²⁵⁴

Cabe destacar que la decisión de descriminalizar el uso de drogas fue acompañada de una importante inversión en intervenciones de salud, incluyendo medidas de reducción de daños (con una nueva base jurídica amparada por el Decreto ley 183/2001) y programas para el tratamiento de la dependencia de drogas. Como resultado directo de

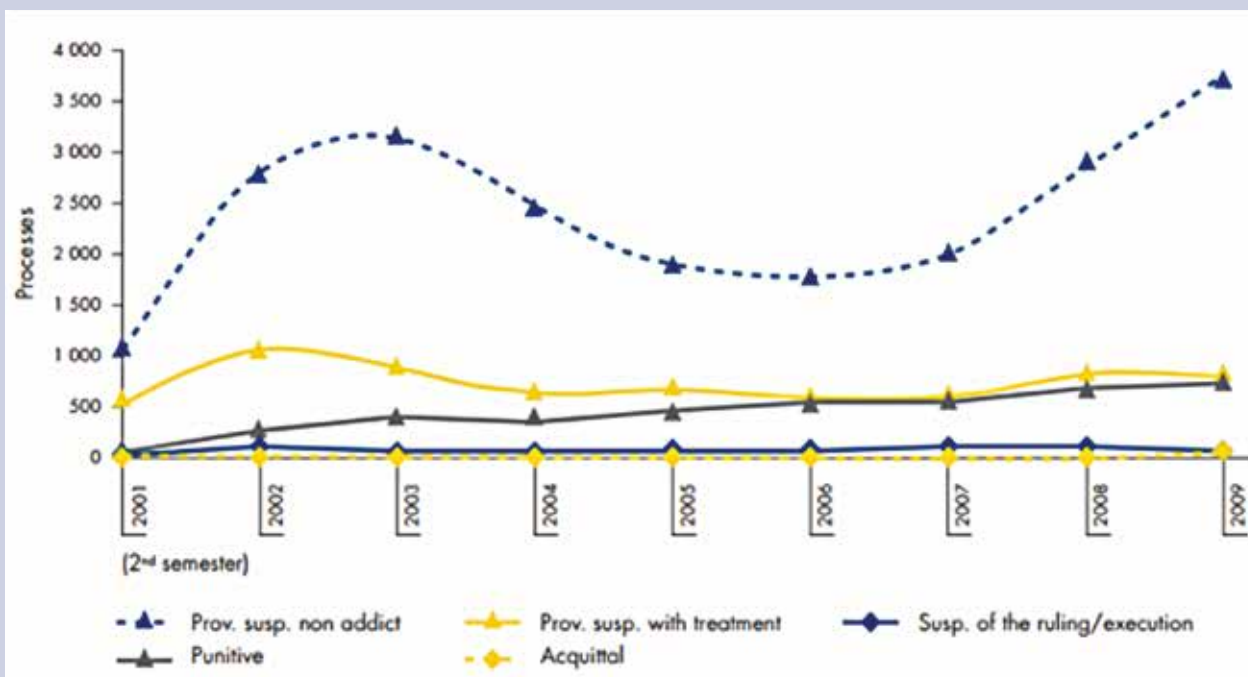


Fotografía: Pedro A. Pina

Pruebas de diagnóstico: “Semana europea de la Prueba de Detección del VIH” en el centro de reducción de daños de Mouraria, ONG GAT, Lisboa, Portugal

Continued overleaf

Gráfico 1. Aplicación de sanciones por parte de las Comisiones para la Disuasión, 2001 a 2009²⁵⁵



la descriminalización, la sobrepoblación penitenciaria cayó de forma significativa, y el porcentaje de autores de delitos de drogas condenados a penas de privación de la libertad se redujo hasta el 28% en 2005, con respecto a un pico del 44% en 1999, lo cual alivió en parte la presión a la que estaba sometido el sistema de justicia penal.²⁵⁶ En el ámbito de la salud, el número de personas que usan drogas con nuevos diagnósticos de VIH se redujo de 907 nuevos casos en 2000²⁵⁷ a 79 en 2012.²⁵⁸ Una tendencia parecida a la baja se observó en los nuevos casos de hepatitis B y C,²⁵⁹ mientras que el número

de muertes por sobredosis de drogas en Portugal es el segundo más bajo de la Unión Europea.²⁶⁰ El número de personas que recibían tratamiento de la dependencia de drogas de forma voluntaria aumentó en más de un 60% entre 1998 y 2008. Más del 70% de las personas que deseaban seguir tratamiento recibieron TSO.²⁶¹ Por lo tanto, el modelo de descriminalización portugués ha sido muy exitoso en la oferta de servicios de reducción de daños y tratamiento voluntario a personas que usan drogas, con resultados muy positivos en materia de salud.

Diferenciar entre el uso y la intención de suministro

Este es uno de los principales desafíos a la hora de poner en marcha un modelo de descriminalización eficaz. Algunos países han desarrollado umbrales de cantidades o límites para determinar si la posesión de drogas es para uso personal o con la intención de suministrar a otras personas. Aunque estos límites pueden ser útiles, a veces han resultado ser problemáticos. En algunas circunstancias, por ejemplo en México y Rusia, se fijaron unos límites tan bajos que se acabó enviando a más personas que usan drogas a la cárcel por considerar que estaban cometiendo el delito “de tráfico” (México, por ejemplo, fijó unos límites de 0,5 gramos de cocaína, 0,05 gramos de heroína y una tableta o cápsula de éxtasis).²⁶² Para ser efectivos, las cantidades umbral deberían reflejar adecuadamente las realidades del mercado, teniendo en cuenta los patrones de uso, la cantidad de drogas que es probable que una persona pueda consumir en un día, y los patrones de compra.

Otros países han decidido no adoptar límites y no definir qué constituiría una “cantidad razonable” o unas “pequeñas cantidades”. En lugar de ello, se centran en otros factores que se tienen en cuenta en calidad de prueba, y que varían en función de cada caso concreto; por ejemplo, la posesión de varios teléfonos celulares, la posesión de drogas repartidas en varios paquetes, dinero, armas de fuego, antecedentes de dependencia de drogas, etc. Este enfoque, sin embargo, también presenta desventajas, como el riesgo de abusos y corrupción por parte de autoridades policiales y judiciales.

Con miras a beneficiarse de la objetividad que brindan los umbrales, además de tener en cuenta otros factores, la descriminalización debería combinar unos límites *indicativos* con unas facultades discrecionales para que la policía, la fiscalía o la magistratura tomen decisiones en función de cada caso y según todas las pruebas a su disposición.²⁶³ Por ejemplo, un largo historial de uso de drogas y derivaciones a servicios de salud y reducción de daños se podría considerar como

una evidencia de que la persona sorprendida con una gran cantidad de drogas las tenía para uso personal, y no con fines comerciales.

Autoridad responsable de determinar el uso personal

Con el fin de reducir las cargas innecesarias sobre el sistema judicial penal y evitar el riesgo de la detención preventiva,²⁶⁴ es preferible dejar el papel de determinar si la posesión es para uso personal o con intención de suministro a la discreción de la policía, garantizando que se desvíe a las personas del sistema de justicia penal lo antes posible. Sin embargo, este enfoque presenta algunos riesgos de corrupción y abusos policiales, como prácticas de hostigamiento, discriminación racial, la imposición de multas excesivas, etc.

Se corre también el riesgo de que se produzca una “ampliación de la red”, es decir, el efecto indeseado de incrementar el número de personas que entra en contacto con el sistema de justicia penal como consecuencia de la ampliación de los poderes policiales y los procedimientos que hacen más fácil que la policía pueda parar a personas por posesión de drogas. Este fenómeno se ha observado en Suiza después de que la posesión de cannabis pasara a ser una falta administrativa sancionable con una multa, y en algunas partes de Australia.²⁶⁵ En este contexto, aunque el uso de drogas esté descriminalizado, las personas que usan drogas siguen siendo castigadas con una multa, y el hecho de no pagar puede dar lugar a que se inicie un proceso penal. Al crear una política de descriminalización, sus responsables deberían tener en cuenta que el objetivo principal es *reducir* el número de personas a las que se está castigando por el uso de drogas, así como el de aquellas que están sufriendo las consecuencias de las sanciones penales.

Estas cuestiones de aplicación se pueden abordar a través de unas guías firmes en la persecución penal, incluida una estrecha supervisión y examen del comportamiento policial; y en especial, de pautas sobre cómo valorar las cantidades umbral (por ejemplo, si se debe tener en cuenta el peso seco o el peso húmedo), sobre cómo ejercer la discreción policial, o sobre normas para la presentación de cargos. Esto también requerirá la formación de los cuerpos policiales en materia de drogas y reducción de daños, con el fin de aumentar la conciencia de la necesidad de apoyar un enfoque de salud y social con respecto al uso de drogas. Involucrar a representantes de las personas que usan drogas en el proceso de diseño, gestión y evaluación de los modelos de descriminalización también es de utilidad para ayudar a generar confianza entre comunidades y policía.²⁶⁶

Identificar respuestas apropiadas

En este ámbito, una vez más, se da una gran diversidad en todo el mundo. Algunos países, como los Países Bajos (véase el cuadro 4) y Bélgica, no imponen ninguna sanción a las personas sorprendidas en posesión ilícita de drogas para uso personal. Este enfoque presenta beneficios importantes, entre otras cosas en lo que respecta al ahorro de costes para el sistema judicial penal, y el hecho de que la persona no sufra ningún castigo, a la vez que se prevé una respuesta social y de salud para quienes la necesitan. De hecho, en los países en los que a las personas sorprendidas en posesión de drogas se les da la opción de elegir entre una multa administrativa, una sanción penal o un tratamiento (como sucede en Chile, Armenia, Polonia o Paraguay), la persona decide en muchos casos iniciar un programa de tratamiento aunque no experimente una dependencia de drogas, generando una carga innecesaria para el sistema de salud y los fondos públicos.



Comprimidos azules en manos de una persona que usa drogas en la India, 2011

Fotografía: colección privada

Cuadro 3 Fijación de cantidades umbral en la República Checa

La primera ley de drogas de la República Checa, aprobada en 1993 después de la caída de la Unión Soviética, no imponía sanciones penales por el uso o la posesión de drogas para uso personal. Cinco años más tarde, cuando los mercados de drogas se hicieron más visibles, la República Checa revisó sus leyes de drogas para penalizar la posesión de “cantidades más que pequeñas”, sin definir qué cantidades concretas supondría esto.²⁶⁷ Sin embargo, las personas sorprendidas usando drogas no eran criminalizadas.²⁶⁸ El gobierno invirtió en un proyecto de investigación a gran escala para evaluar el impacto de la nueva ley. El estudio llegó a la conclusión de que la ley de 1998 no había conseguido reducir de forma significativa el uso de drogas, mientras que cada persona recluida en prisión por la posesión de sustancias costaba al gobierno 30.000 euros anuales.²⁶⁹

El estudio se tradujo en la adopción de una nueva ley en 2009, que llevó a importantes debates para definir qué cantidades de drogas se deberían caracterizar como “cantidades más que pequeñas”. Un decreto del gobierno estableció unas cantidades por debajo de las cuales la posesión no daría lugar a sanciones penales, sino a una falta, que estaría sujeta a una multa. El estudio del gobierno jugó un papel decisivo a la hora de proporcionar información práctica en torno a los patrones de consumo y los mercados de drogas en un esfuerzo por fijar

umbrales adecuados. Por ejemplo, señalando que los patrones de uso variaban entre personas que usaban distintas sustancias, los autores del estudio concluían que sería conveniente distinguir entre tipos de drogas en la definición de umbrales en la legislación y en la formulación de políticas.²⁷⁰ Los resultados del estudio se intentaron reflejar en la ley, que estableció un límite más alto para el cannabis que para otras drogas; así, el Decreto del gobierno 467/2009 fijó unas cantidades máximas de 15 gramos de cannabis, 1,5 gramos de heroína y 1 gramo de cocaína.²⁷¹

En 2013, el Decreto fue abolido por un fallo del Tribunal Constitucional, que dictaminó que “sólo una ley, no una regulación gubernamental, podría definir lo que constituye un delito”. El Tribunal Supremo checo estableció entonces umbrales más estrictos: 1,5 gramos de metanfetamina, 1,5 gramos de heroína, 1 gramo de cocaína, 10 gramos de cannabis y 5 unidades de éxtasis.²⁷² Estas cantidades son muy inferiores a las permitidas en algunas zonas de Australia o en España (en España, los límites están fijados en 7,5 gramos de cocaína y 200 gramos de cannabis). No obstante, el ejemplo checo pone de relieve un intento de establecer umbrales cuantitativos que reflejen las realidades del mercado de drogas a fin de reducir de manera significativa el número de personas que llegan al sistema de justicia penal por la simple posesión.

Si los países deciden imponer multas administrativas como una alternativa a las sanciones penales, como sucede en un gran número de países y jurisdicciones, deberían evitar imponer multas que sean tan altas como para que den lugar a un proceso judicial o al encarcelamiento por el incumplimiento del pago. Otras formas de sanciones civiles, tales como la confiscación del pasaporte o el permiso de conducir deben evitarse, ya que pueden tener un impacto desproporcionadamente negativo en la vida de una persona y, en ocasiones, en su capacidad para trabajar.

Cuando se instauren mecanismos de derivación para animar a las personas a iniciar un programa de tratamiento voluntario, estos deberían ofrecer varias opciones de tratamiento, como la TSO. Por otro lado, el hecho de no cumplir las condiciones del programa de tratamiento no debería propiciar la imposición de una sanción penal. Portugal, por ejemplo, ha adoptado una respuesta gradual frente al consumo de drogas. En una primera etapa, las personas sorprendidas usando drogas ven cómo se suspende el proceso, pero se les puede imponer una sanción administrativa si vuelven a ser sorprendidas en los seis meses siguientes. Por

otro lado, Portugal también ofrece un amplio abanico de servicios sociales y de salud a las personas que llevan a las Comisiones para la Disuasión (véase el cuadro 2), como sería la derivación a programas de reducción de daños y tratamiento. En el caso portugués, el tratamiento nunca es coercitivo, y las personas que no consigan ceñirse a él o cumplir con sus condiciones no reciben ninguna sanción penal.²⁷³

En el este y el sudeste asiático, países como China y Vietnam han revisado sus leyes de drogas para eliminar las sanciones penales impuestas a personas que usan drogas, pero en su lugar han adoptado un sistema administrativo por el que a las personas arrestadas por uso de sustancias se las obliga a entrar en centros de detención obligatoria por un período que va de unos pocos meses hasta dos años. Esta práctica debería evitarse, ya que estos centros de detención obligatoria constituyen un castigo severo, no prevén ningún tipo de tratamiento o rehabilitación de base empírica, y dan lugar a una serie de violaciones de los derechos humanos (para más información, véase el capítulo 2.5).²⁷⁴

Cuadro 4 El modelo de descriminalización del cannabis en los Países Bajos

En 1976, los Países Bajos promulgaron una nueva ley para diferenciar entre drogas “blandas” –que se consideraba que entrañaban un riesgo “aceptable” para los consumidores y la sociedad (como el cannabis)– y drogas “duras”, asociadas con mayores riesgos. Esta “separación de mercados” permitió al Estado adoptar un enfoque más tolerante con respecto a la venta, la posesión y el uso de cannabis mediante una descriminalización *de facto*. Si bien la venta y la posesión de cannabis para uso personal nunca han dejado de ser delitos, el Ministerio de Justicia del país decidió aplicar una “política de tolerancia” que se traduce en la no aplicación de la ley en determinados casos. Por ejemplo, la posesión de menos de 5 gramos de cannabis ya no es objeto de intervenciones policiales. Desde la década de 1980, también se permite la venta y compra de pequeñas cantidades de cannabis en “coffee shops” con la correspondiente licencia y con estrictas limitaciones. Aunque comenzaron a funcionar en Ámsterdam, Rotterdam y Utrecht, a fines de la década de 1990 se podían encontrar “coffee shops” en prácticamente cualquier ciudad grande o mediana del país.²⁷⁵

El establecimiento de los “coffee shops” de cannabis no ha conducido a que se dispare el uso de drogas en los Países Bajos, donde las tasas de prevalencia están por lo general en consonancia con el promedio europeo.²⁷⁶ En cambio, esta política ha tenido un impacto significativo en lo que se refiere a reducir el estigma, así como las detenciones y condenas por el uso y la posesión ilícitos de drogas, que son muy bajos.²⁷⁷

Los 30 años de experiencia con esta política también han demostrado que el modelo de los “coffee

shops” ha permitido a las personas que usan cannabis evitar exponerse a las escenas y los mercados de las “drogas duras”. Al parecer, el uso de heroína y cocaína en los Países Bajos es menor que el promedio europeo,²⁷⁸ y la prevalencia del VIH entre las personas que usan drogas es baja,²⁷⁹ ya que el país también ha establecido una serie de servicios de reducción de daños que incluyen programas de agujas y jeringuillas, terapia de sustitución de opioides (TSO), tratamiento asistido con heroína y salas de inyección segura.²⁸⁰

No obstante, este modelo también presenta algunas dificultades, como la paradoja de que, aunque la venta y la posesión de cannabis están toleradas, el abastecimiento de los “coffee shops” (conocido como “la puerta de atrás”) sigue estando criminalizado y, por lo tanto, cada vez está más controlado por grupos y redes delictivas. Hoy en día, una gran mayoría de la población holandesa está a favor de la plena regulación legal del mercado del cannabis, “de la semilla a la venta”, en un esfuerzo por acabar con el mercado negro.²⁸¹ Y aunque el gobierno está intentando restringir toda actividad que pudiera facilitar el cultivo al criminalizar los actos preparatorios (como los “grow shops”),²⁸² las autoridades locales cada vez están más a favor de regular “la puerta de atrás” mediante una nueva Ley del Cannabis. Un informe reciente de la VNG –la plataforma de autoridades locales de los Países Bajos– instaba al gobierno a autorizar la producción regulada de cannabis introduciendo licencias para cultivadores²⁸³ (para más información, véase el capítulo 3.2, relativo a la regulación legal).

Recursos clave

- Fox, E., Eastwood, N. y Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2*, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
- Godwin, J. (2016), *A public health approach to drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>

- Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2015), *Comparing models of decriminalization, an e-tool by IDPC*, <http://decrim.idpc.net/>
- Rolles, S. y Eastwood, N. (2015), ‘Chapter 3.4: Drug decriminalisation policies in practice: A global summary’, En: Harm Reduction International (2012), *The global state of harm reduction: Towards an integrated response*, http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf

3.2

Mercados regulados de drogas

Principales recomendaciones

- La regulación legal responsable de los mercados de drogas puede reducir los daños asociados con el comercio ilícito de sustancias y ofrecer resultados mejorados en materia de salud, seguridad comunitaria y finanzas; por lo tanto, esta opción normativa se debería debatir y explorar de forma activa y pública
- Los responsables de políticas que estén estudiando opciones de regulación deberían plantearse la posibilidad de establecer un grupo consultivo de expertos nacional para diseñar políticas y marcos jurídicos adaptados a las necesidades y las prioridades locales. Este grupo debería contar con expertos del ámbito de la salud pública, la aplicación de la ley, la forma de las políticas de drogas, la evaluación y la supervisión, la regulación del alcohol y el tabaco, la prevención, el tratamiento y la reducción de daños, así como con representantes de personas que usan drogas y agricultores de subsistencia de cultivos destinados al mercado ilícito de drogas
- Las reformas se deberían secuenciar con precaución, utilizando métodos de evaluación y supervisión sólidos y bien fundamentados de los impactos causados por los cambios legislativos o de políticas, junto con la voluntad de adaptar los enfoques en función de las pruebas que vayan surgiendo
- Se debería poner un especial cuidado en mitigar los riesgos de la comercialización excesiva, y que la salud pública y la seguridad comunitaria sean en todo momento el principio rector del diseño de políticas, más que el lucro privado. Los modelos no comerciales se deberían estudiar como posibles opciones, mientras que los modelos comerciales deberían mitigar los riesgos de la comercialización excesiva aprendiendo de los éxitos y fracasos de distintos enfoques usados para el control del alcohol y el tabaco
- Los responsables de políticas deberían fomentar y participar activamente en debates en foros regionales de alto nivel y organismos de la ONU en torno a la reforma del sistema de control global de drogas para dar cabida a las demandas de mayor flexibilidad con el fin de experimentar con modelos de regulación, ya sea en paralelo a procesos internos de reforma ya en marcha o independientemente de estos
- Los responsables de políticas deberían animar a la ONU a designar un grupo consultivo de expertos independientes para examinar las cuestiones que plantea la regulación legal, sus implicaciones para el sistema existente de tratados y las opciones para su modernización y reforma.²⁸⁴

Introducción

La descriminalización del uso de drogas se ha adoptado cada vez más como una política y práctica en todo el mundo (véase el capítulo 3.1) y ha adquirido un papel clave en la incidencia política de organismos de la ONU y debates de alto nivel. Sin embargo, en los últimos cinco años también se ha desarrollado un debate paralelo en torno a la regulación legal de la producción, el suministro y el consumo de ciertas sustancias sometidas a fiscalización internacional.

La regulación legal del cannabis ha sido uno de los temas de vanguardia de este dinámico debate, en especial desde 2012, cuando el cannabis se legalizó con fines no médicos en los estados de Washington²⁸⁵ y Colorado,²⁸⁶ en los Estados Unidos. Poco después, Uruguay se convirtió en el primer Estado miembro de la ONU en hacer lo propio con la adopción de la Ley N° 19.172.²⁸⁷ Desde entonces, han seguido sus pasos otros dos estados norteamericanos (Alaska²⁸⁸ y Oregón²⁸⁹) y el Distrito de Columbia,²⁹⁰ y es probable que a estos se sumen más estados en los próximos años, en especial

California. En 2015, Jamaica legalizó el cannabis con fines médicos, industriales y religiosos,²⁹¹ y el gobierno recién elegido en Canadá también ha prometido legalizar el cannabis,²⁹² lo cual lo convertiría en el primer país del G7 en adoptar tal medida.

Otras novedades en todo el mundo también están alimentando estos debates, como sería el sistema de regulación legal de la hoja de coca en Bolivia, el modelo de Nueva Zelanda para la regulación de ciertas nuevas sustancias psicoactivas (NSP) de menor riesgo (véase el cuadro 3 en el capítulo 2.1) y el desarrollo de prescripción de mantenimiento para personas dependientes de la heroína y otras sustancias controladas (para más información, véase el capítulo 2.5).

El paso de un debate teórico sobre la legalización al desarrollo de políticas concretas en el mundo real significa que el consenso global que apoyaba un enfoque claramente prohibicionista frente al control de drogas ya se ha roto. Con el cannabis al menos, se ha alcanzado un punto de no retorno. Por ese motivo, es importante que los responsables de políticas tengan en cuenta las implicaciones de este paisaje normativo en rápida evolución, así como las posibilidades de reforma a escala nacional.

Asuntos legislativos y de política relacionados

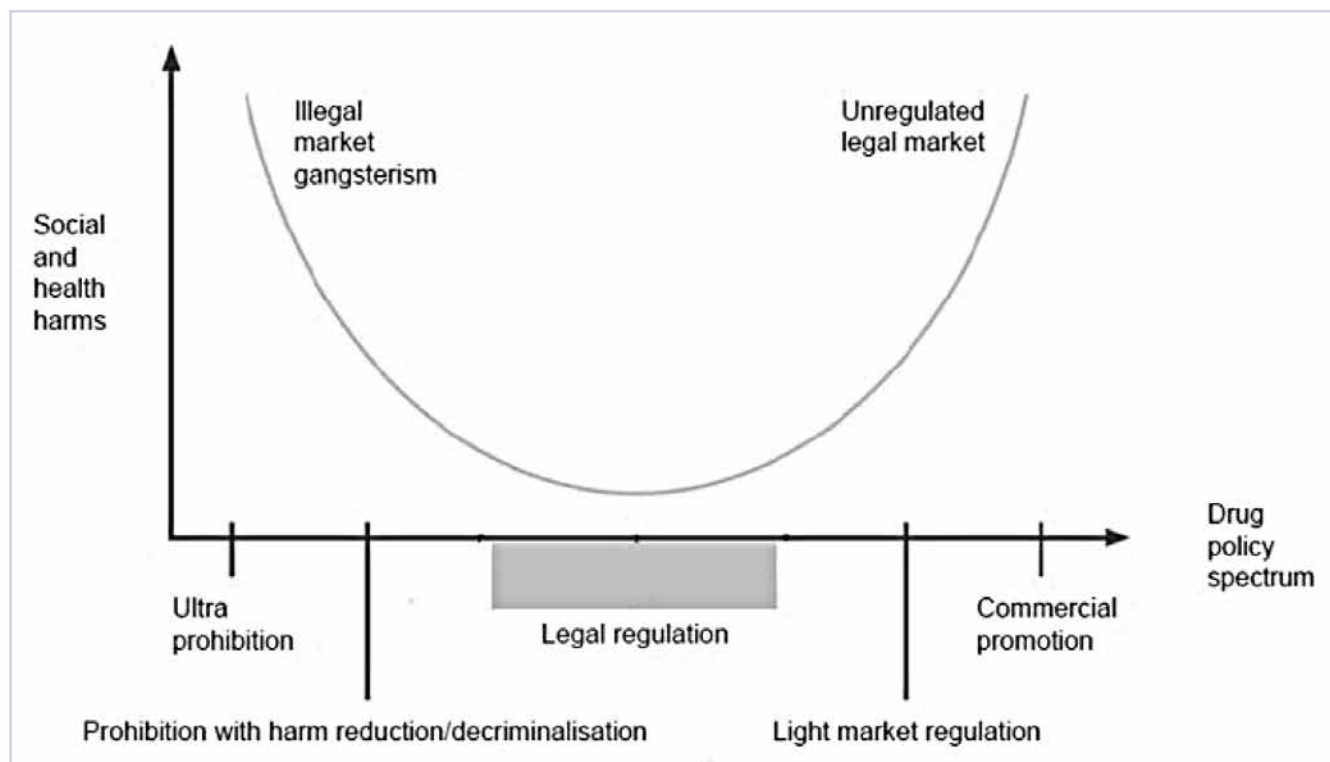
Existe cierta confusión en torno a qué significa realmente la “legalización” de sustancias fiscalizadas. La “legalización” es el *proceso* por el que un producto o

actividad ilegal se convierte en legal. Por ello, en los debates normativos, es más útil referirse a la “legalización y regulación” o a la “regulación legal” de una sustancia o sustancias controladas, ya que ofrece una idea más clara del modelo que se está proponiendo y utilizando. Un proceso de legalización permite que se ponga en práctica una política de regulación legal. En el marco de una regulación legal, las autoridades gubernamentales pueden controlar de forma adecuada las sustancias y aplicar de forma efectiva el régimen regulatorio, todo ello en un esfuerzo por retirar el comercio de drogas de las manos de grupos delictivos.²⁹³

Durante los últimos diez años han ido surgiendo las primeras propuestas detalladas que ofrecen distintas opciones sobre la forma en que se puede producir la regulación legal de drogas.²⁹⁴ Estas propuestas han explorado posibilidades para establecer controles sobre:

- Los productos de drogas en sí (dosis, preparado, precio y empaquetado)
- La concesión de licencias a vendedores de productos de drogas (requisitos de formación y capacitación)
- Los establecimientos en los que están disponibles los productos de drogas (ubicación, densidad del establecimiento, aspecto)
- La comercialización (publicidad, imágenes y promociones)
- La disponibilidad y el acceso (controles de edad,

Gráfico 1. Gama de opciones normativas en materia de drogas y sus probables consecuencias²⁹⁵



Cuadro 1 Cinco modelos básicos para regular la disponibilidad de drogas

- Prescripción médica con centros de consumo supervisados opcionales – para las drogas y las conductas de mayor riesgo (drogas inyectadas, como la heroína la cocaína, y estimulantes más potentes, como la metanfetamina)
- Venta al detalle por especialistas en farmacia – vendedores formados y autorizados, posiblemente combinado con el acceso para usuarios nominales/autorizados y el racionamiento del volumen de ventas para drogas de riesgo moderado, como la anfetamina, la cocaína en polvo y el éxtasis
- Venta al detalle con licencia – que incluya diversos tramos de regulación apropiados según el riesgo de cada producto y las necesidades locales; se podría utilizar para drogas y preparados de riesgo menor, como cannabis, khat y kratom, o bebidas estimulantes de baja potencia
- Establecimientos autorizados para venta y consumo – parecidos a los establecimientos autorizados para el alcohol y los “coffee shops” para el cannabis en los Países Bajos; estos podrían servir también potencialmente para fumar opio o tomar té de amapola. Se podrían introducir otros tramos de licencia adicional o supervisión del local para atender al uso de algunos tipos de sustancias psicodélicas, o la venta y el uso de ciertos estimulantes en eventos y entornos de fiesta
- Ventas sin licencia – regulación mínima para los productos de menos riesgo, como las bebidas de cafeína y el mate de coca.

compradores autorizados programas de afiliación a clubes, racionamiento)

- Dónde, cuándo y cómo se pueden consumir drogas.

Existen varias opciones de cómo los diferentes instrumentos de regulación se pueden aplicar a diferentes sustancias o entre distintas poblaciones. El cuadro 1 ofrece un resumen de los diversos modelos de regulación que se podrían aplicar, con el objetivo de gestionar los mercados de drogas de una forma que minimice los daños sociales y de salud asociados con el uso y los mercados ilícitos de drogas.²⁹⁶

Asuntos de implementación

Reducir los costes sanitarios, sociales y financieros

La regulación de los mercados de drogas no es ninguna panacea para los problemas asociados con el uso y los mercados de drogas. En el corto plazo, la regulación legal solo puede perseguir reducir algunos de los problemas en materia de salud, derechos humanos, delincuencia y seguridad que emanan de las iniciativas de control de drogas de carácter prohibicionista y aquellos alimentados por el mercado ilícito de sustancias (véase el cuadro 2 sobre Uruguay, así como el cuadro 3 del capítulo 2.1 para una panorámica general de la experiencia neozelandesa con respecto a las NSP). La regulación legal en sí no puede abordar las causas socio-económicas subyacentes que pueden exacerbar los problemas de drogas en una comunidad, como la pobreza, la desigualdad y la marginalización social. Sin embargo, al fomentar un modelo de salud pública más pragmático y liberar recursos de los organismos policiales para dirigirlos hacia unas políticas sociales y de salud de base empírica, los modelos regulatorios pueden generar un entorno más propicio para abordar estas causas.²⁹⁷

Los distintos entornos sociales requerirán enfoques diferentes para dar respuesta a los desafíos concretos que afrontan los responsables de políticas. La incipiente gama de opciones reguladoras disponible para gestionar los mercados y el uso de drogas, a través de instituciones estatales y comerciales, son ahora una opción creíble para los responsables de la formulación de políticas si los daños que deben enfrentar sus sociedades no se pueden abordar en el marco del actual sistema de fiscalización de drogas. Es probable que estas reformas se vayan desplegando de forma *ad hoc*, según cada sustancia y jurisdicción.

Es necesario tener en cuenta los costes de desarrollar y aplicar una nueva infraestructura regulatoria, pero es probable que estos representen solo una pequeña parte de los crecientes recursos que actualmente se dirigen a iniciativas prohibicionistas para controlar la oferta y la demanda ilícitas. Existe también un importante potencial para transformar una parte de las actuales ganancias delictivas en ingresos fiscales legítimos, como ha sucedido con algunos de los modelos de regulación del cannabis en los Estados Unidos.²⁹⁸

Aprender de los desafíos de los modelos regulatorios para el alcohol y el tabaco

Existen preocupaciones legítimas sobre el hecho de que un exceso de comercialización de los mercados legales de drogas podría conducir a un mayor uso y a más daños para la salud, ya que los intereses comerciales intentan ampliar sus mercados y maximizar los beneficios. Los responsables de políticas, por lo tanto, tienen la responsabilidad de garantizar que la

Cuadro 2 La regulación legal de los mercados de cannabis de Uruguay

En 2013, Uruguay se convirtió en el primer país en aprobar una ley para legalizar y regular el cannabis con fines no médicos. El gobierno defendió un mercado regulado legalmente con el argumento de que este ayudaría a proteger la salud de las personas que usan cannabis, además de minimizar los riesgos para la seguridad ciudadana de la delincuencia asociada con el comercio ilícito.²⁹⁹

El modelo uruguayo entraña un mayor nivel de control gubernamental que los modelos más comerciales desarrollados en los Estados Unidos. Bajo la supervisión de un nuevo organismo regulatorio, el Instituto de regulación y control del cannabis (IRCCA), solo se permite la producción de determinados productos de hierba de cannabis por parte de productores con licencia estatal. Se ha impuesto una prohibición absoluta sobre todo tipo de publicidad y promoción, y los ingresos fiscales se utilizarán para financiar nuevas campañas en materia de prevención y educación sobre el cannabis.³⁰⁰

Las ventas están autorizadas únicamente a través de farmacias con la debida licencia, a residentes uruguayos registrados y mayores de edad, y a un precio fijado por el organismo regulador. Las farmacias pueden vender cannabis con fines terapéuticos mediante una receta médica y para uso no terapéutico en cantidades de hasta un máximo de 40 gramos por persona registrada por mes. Los ciudadanos pueden cultivar hasta seis plantas en su propio hogar para consumo personal, con una cosecha máxima de 480 gramos al año. También pueden crear clubes de cannabis de 15 a 45 socios, que pueden cultivar conjuntamente hasta 99 plantas de cannabis, con una cosecha anual proporcional al número de socios y que esté en consonancia con la cantidad establecida para uso no médico.³⁰¹ Hasta la fecha, el despliegue del nuevo régimen regulatorio ha sido lento, en especial en lo que respecta a la concesión de licencias a las farmacias para la venta de cannabis.

salud pública se priorice en todo momento por encima de los intereses comerciales cuando diseñen un nuevo modelo de regulación. No puede decirse que este haya sido el caso históricamente con el alcohol y el tabaco en la mayoría de jurisdicciones, ya que solo ahora se están explorando y poniendo en práctica modelos normativos de salud pública más responsables, tras una larga resistencia por parte de poderosos grupos de presión de la industria. Los responsables de políticas tienen la oportunidad y la responsabilidad de asegurarse de que se tome nota de las lecciones de los mercados del alcohol y el tabaco, y que éstas se integren en cualquier nuevo modelo de regulación de drogas desde el comienzo.

Existen opciones creíbles y que funcionan para modelos no comerciales de regulación del mercado, como serían los monopolios estatales (o los monopolios parciales), las corporaciones sin ánimo de lucro, los “clubes sociales” de carácter cooperativo sin ánimo de lucro o el fomento del autocultivo. En caso de que se establezca un mercado comercial, las lecciones de la regulación del alcohol y el tabaco serían especialmente pertinentes. El modelo que ofrece el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco³⁰² y la guía sobre la regulación del alcohol de la Organización Mundial de la Salud³⁰³ ofrecen recomendaciones útiles con base en la evidencia sobre cómo mitigar estos riesgos; por ejemplo, mediante controles sobre los patrocinios, la publicidad y la imagen de las marcas (véase también el cuadro 2 sobre el modelo regulatorio de Uruguay para el cannabis).

Abordar las tensiones con las convenciones de control de drogas de la ONU

Las iniciativas en pro de una regulación legal exigirán una revisión de los importantes obstáculos institucionales y políticos que presenta el sistema internacional de control de drogas. En concreto, la tendencia emergente a explorar la regulación legal de sustancias sometidas a fiscalización internacional crea una tensión clara con las tres convenciones de control de drogas de la ONU que está claro que no contemplan esta posibilidad.³⁰⁴

Los países en los que hasta la fecha se han adoptado regímenes regulatorios han abordado la cuestión de diversas formas:

- Los Estados Unidos han argüido que la legalización en el ámbito de los estados podría ser admisible en el contexto de una “interpretación flexible” de los tratados
- Uruguay ha señalado que la necesidad de cumplir con otras obligaciones en el marco de la ONU para proteger los derechos humanos, la salud y la seguridad tiene prioridad sobre los compromisos técnicos de los tratados de drogas de la ONU
- Bolivia ha denunciado la Convención Única de 1961 y después se ha vuelto a adherir a ella con una reserva sobre los artículos específicos que prohíben la hoja de coca
- Jamaica ha regulado el cultivo y el uso de cannabis

con fines religiosos (para más información, véase el capítulo 4.3)

- El marco de regulación de NSP en Nueva Zelanda solo es aplicable a las sustancias no fiscalizadas por las convenciones de drogas de la ONU.

En realidad, este ámbito de la reforma de las políticas de drogas está entrando en aguas inexploradas en lo que respecta a las diversas obligaciones de los tratados, potencialmente en conflicto, y hay varias cuestiones pendientes en materia de legislación internacional que solo ahora se están empezando a analizar en los distintos foros de alto nivel de la ONU. Aunque aún no está claro precisamente cómo o cuándo se pueden abordar estas cuestiones de forma satisfactoria, el hecho de que ya estén en marcha numerosas reformas pone claramente de manifiesto las deficiencias de un marco internacional obsoleto que no es capaz de satisfacer las necesidades de un creciente número de Estados miembros. Por lo tanto, parece inevitable que se desarrolle un proceso de modernización que proporcione flexibilidad para la experimentación y la innovación de base empírica que se necesitan.³⁰⁵

Recursos clave

- Bewley-Taylor D., Jelsma M. y Blickman T. (marzo de 2014), *Auge y caída de la prohibición del cannabis* (Transnational Institute y Global Drug Policy Observatory), <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf>
- Caulkins, J. et al (enero de 2015), *Considering marijuana legalisation: Insights for Vermont and other jurisdictions* (RAND Corporation), http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR800/RR864/RAND_RR864.pdf
- Farthing, L.C. y Ledebur, K. (julio de 2015), *Habeas Coca: Control Social de la Coca en Bolivia* (Open Society Foundations), <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/habeas-coca-bolivia-s-community-coca-control>
- Franquero, O.P. y Bouso Saiz, J.C. (2015), *Hacer de la necesidad, virtud: Políticas de drogas en Cataluña, de la acción local hacia el cambio global* (Nueva York: Open Society Foundations *Global Drug Policy Program*), <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/innovation-born-necessity-pioneering-drug-policy-catalonia-20150428.pdf>
- Comisión Global de Políticas de Drogas (2014), *Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces*, <http://www.gcdpsummary2014.com/bienvenidos/#foreword-from-the-chair-es>
- Rolles, S. y Murkin, G. (2013), *How to regulate cannabis: A practical guide* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/how-regulate-cannabis-practical-guide>
- Rolles, S. (2009), *After the war on drugs: Blueprint for regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation>
- Transnational Institute (8 de diciembre de 2015), *UNGASS 2016: Nota de antecedentes sobre la propuesta para establecer un grupo consultivo de expertos*, <https://www.tni.org/en/node/22640>



Fotografía: Jessamine Bartley-Matthews, WOIA

Planta de cannabis en un centro de cultivo en Colorado

Proporcionalidad de las penas para delitos de drogas

Principales recomendaciones

- Los marcos existentes para la determinación de penas para delitos de drogas se deberían revisar a fin de garantizar la proporcionalidad de las penas y abordar las consecuencias que resultan de penas desproporcionadas, como el hacinamiento de las cárceles y el uso ineficiente de recursos del sistema de justicia penal
- Al determinar las penas, se deberían considerar varios factores para asegurar que estas sean proporcionales a la culpabilidad y al papel cumplido por el autor del delito, incluyendo la consideración de factores atenuantes y agravantes, y de los daños causados por el delito. Al respecto, jueces y fiscales deberían adoptar una perspectiva de género al imponer penas, y tener en cuenta alternativas al encarcelamiento
- Los marcos para la determinación de penas para delitos de drogas deberían incluir opciones de sentencias sin ningún tipo de castigo (por ejemplo, bajo la descriminalización del uso de drogas y de la posesión para uso), o alternativas a la condena y el encarcelamiento para delitos menores no violentos
- Las sentencias mínimas obligatorias deberían eliminarse
- La pena de muerte para delitos de drogas debería abolirse, por ser una medida disuasoria ineficaz y por constituir una violación de la legislación internacional.

Introducción

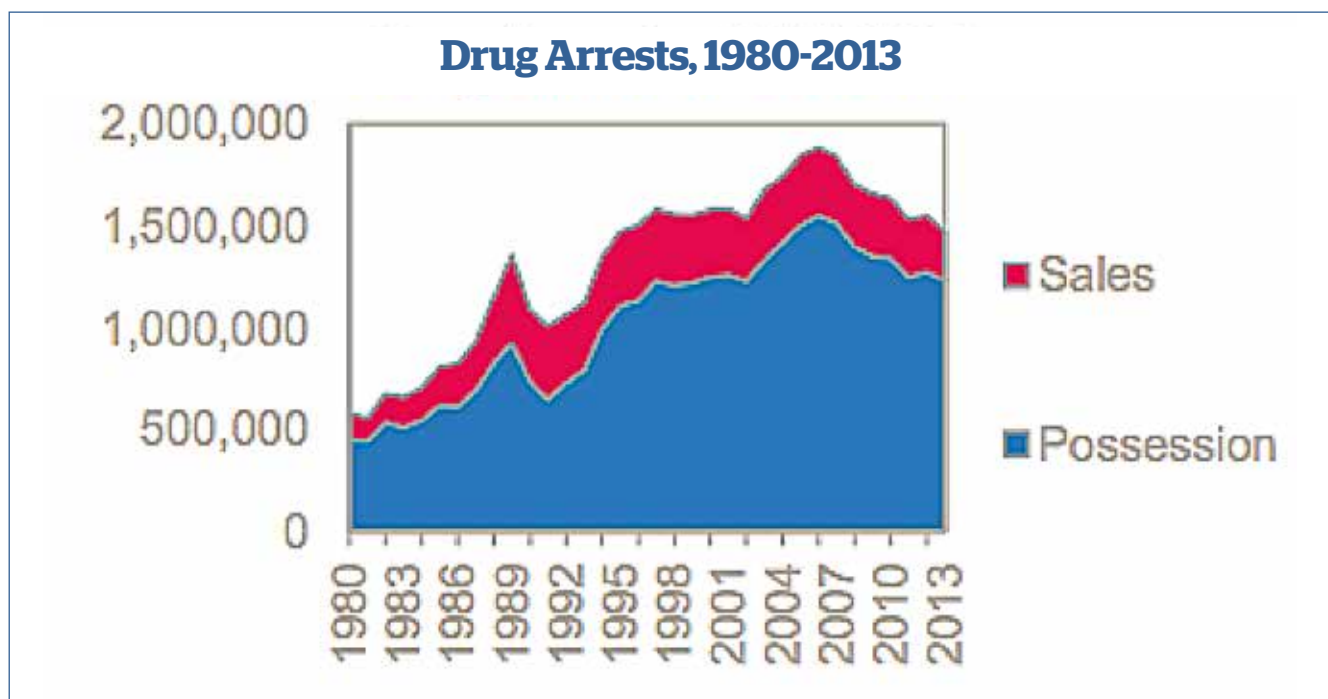
La determinación de sentencias desproporcionadas para delitos de drogas es un fenómeno común, ya que los países aplican políticas sobre drogas basadas en la aplicación de castigos severos para disuadir la oferta y el consumo ilícitos de drogas. Los delitos de drogas no violentos que involucran pequeñas cantidades de estas sustancias, como por ejemplo el cultivo, la venta o el tráfico de bajo nivel, se suelen castigar con penas más severas que las impuestas por delitos que

causan mucho más daño, especialmente delitos violentos como el asesinato y la violación.³⁰⁶ A menudo, las penas se determinan únicamente sobre la base de la posesión y la cantidad de las drogas involucradas, sin tomar en cuenta otros factores esenciales para evaluar el grado del daño causado, la culpabilidad y el papel de la persona implicada (por ejemplo, si el papel que ha jugado el individuo en una transacción de suministro de drogas ha sido de alto, medio o bajo nivel), y factores atenuantes como cometer un delito por primera vez, ser el único cuidador a cargo de personas dependientes, y no haber participado en actos violentos ni estar conectado con redes de la delincuencia organizada.³⁰⁷

En los Estados Unidos, donde más de la mitad de los reclusos en prisiones federales cumplen penas relacionadas con delitos de drogas, el 80% de los arrestos por drogas realizados en 2013 correspondían únicamente a la posesión de estas sustancias (véase el gráfico 1).³⁰⁸ Además, la imposición de penas mínimas obligatorias para delitos de drogas en los Estados Unidos restringe el ejercicio de la discrecionalidad procesal y judicial, y excluye la consideración de factores atenuantes en casos individuales, incrementando así la probabilidad de la determinación de penas desproporcionadamente severas.³⁰⁹ En 2011, más del 75% de los delitos condenados que fueron el objeto de penas mínimas obligatorias correspondían a delitos de drogas; en 2010, la pena media impuesta a personas condenadas por un delito de drogas sujeto a una pena mínima obligatoria era de 11 años.³¹⁰ Las elevadas tasas de encarcelamiento para delitos de drogas en otras regiones del mundo, en especial de personas que usan drogas y de mujeres, demuestra más aún la naturaleza desproporcionada de la determinación de penas para delitos de drogas (véase el capítulo 3.4).³¹¹

Pese a décadas de aplicación de castigos excesivamente severos para delitos de drogas, no existe evidencia de su eficacia como medida disuasoria del consumo, el cultivo, la fabricación y el tráfico ilícitos de drogas. De hecho, los informes mundiales elaborados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) presentan datos que muestran predominantemente mercados de drogas en expansión y diversificación en todas las regiones del mundo.³¹² Las políticas que imponen castigos severos no solo han

Gráfico 1. Arrestos relacionados con drogas en los Estados Unidos, 1980 a 2013³⁰⁸



fracasado en su objetivo de desalentar las actividades relacionadas con drogas, sino que han dado lugar a resultados perjudiciales en materia de salud pública, seguridad humana y desarrollo:

- **Salud pública** – Las prisiones son un entorno de alto riesgo para la transmisión de enfermedades como el VIH, la hepatitis viral y la tuberculosis. Las tasas de infección por VIH tienden a ser más altas en las prisiones que en el resto de la comunidad, dado la existencia de una cobertura muy deficiente de servicios de reducción de daños para los reclusos que usan drogas³¹⁴ (véase el capítulo 3.6).
- **Seguridad humana** – La mayoría de las personas condenadas con las penas más severas por delitos de drogas, como la pena de muerte, no cumplen un papel importante o de alto nivel en las operaciones de tráfico de sustancias. Muchas veces, son personas pobres, vulnerables a la explotación, y participan en funciones menores en el tráfico de drogas.³¹⁵ Su encarcelamiento no tiene impacto sobre la escala del mercado ilícito, dado que son fácilmente reemplazados por otras personas. En consecuencia, se gastan unos recursos significativos de la justicia penal (incluyendo efectivos de las fuerzas del orden, fiscales, jueces, centros de detención y el sistema carcelario) para arrestar y encarcelar a autores de delitos menores, mientras que las personas involucradas en delitos serios siguen mayormente en libertad para continuar sus operaciones y reclutar a actores menores. De este modo, la determinación de sentencias desproporcionadas no solo resulta ineficaz, sino que también produce una inversión desigual de los recursos de las fuerzas del orden y del sistema de justicia penal en activ-

idades menores y de bajo nivel relacionadas con drogas, desviándolos así de combatir actividades delictivas graves, como por ejemplo, la violencia, la corrupción, la delincuencia organizada y el lavado de dinero, las cuales presentan una amenaza mayor a la seguridad humana.³¹⁶

- **Desarrollo** – Encarcelar a agricultores que producen cultivos ilícitos para fines de subsistencia, y a otros actores de bajo nivel en el mercado de las drogas, únicamente exacerba la pobreza e inseguridad que son la raíz de su participación en los mercados de drogas.³¹⁷

Asuntos legislativos y de política relacionados

Definir el concepto de proporcionalidad

La proporcionalidad es un principio jurídico reconocido internacionalmente, aplicable a la respuesta de un gobierno ante actividades que causan daño a otras personas. La proporcionalidad requiere que la severidad de cualquier castigo impuesto se mida de acuerdo a los daños causados por las acciones del autor del delito, y al grado de culpabilidad y las circunstancias de este. Los instrumentos internacionales de derechos humanos, prevención del delito y justicia penal contribuyen a establecer estándares de proporcionalidad.³¹⁸ Por ejemplo, el artículo 29(2) de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que:

En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los

derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos protege muchos derechos relevantes a la determinación de penas para delitos de drogas, principalmente los derechos a la vida, a la libertad, a la seguridad de la persona, y a la privacidad. Al interpretar la aplicación del Pacto, el Comité de Derechos Humanos ha encontrado que en casos donde un Estado aplica medidas que restringen un derecho protegido por un tratado, “tiene que demostrar su necesidad para ello y únicamente tomar tales medidas de manera proporcional a la búsqueda de fines legítimos para asegurar una continua y efectiva protección de los derechos contenidos en el Pacto”.³¹⁹ El Comité ha explicado además que las medidas para limitar los derechos protegidos por el Pacto deben constituir la medida menos intrusiva requerida para lograr un fin legítimo.³²⁰

Por lo tanto, un marco para la determinación de penas proporcionadas para delitos de drogas debería dirigirse principalmente a las personas que cumplen funciones de alto nivel en las operaciones de suministro de drogas, y que causan el mayor daño a las comunidades, como actos de violencia y control sobre la delincuencia organizada. Los marcos para la determinación de penas también deberían proponerse lograr los mejores resultados para el desarrollo, la salud y la seguridad humana, así como la protección de los derechos humanos.

Aplicar los principios jurídicos de proporcionalidad para la determinación de penas para los delitos de drogas

Los principios jurídicos internacionales de proporcionalidad son rara vez aplicados a la hora de determinar las penas para delitos de drogas, debido al desarrollo políticamente motivado del sistema internacional para la fiscalización de las drogas durante las últimas décadas, el cual favorece medidas excesivamente severas como respuesta a las sustancias controladas. Las convenciones de control de drogas de la ONU contienen terminología que enfatiza la gravedad del problema mundial de las drogas,³²¹ justificando así la imposición de sanciones severamente desproporcionadas para delitos relacionados con estas. Por ejemplo, el preámbulo de la Convención de 1961 afirma que “la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la sociedad”.

Sin embargo, el objetivo declarado de cada una de las convenciones de drogas de la ONU es garantizar “la salud física y moral de la humanidad”, limitando el uso no médico de sustancias controladas al mismo tiempo que se garantiza su disponibilidad para fines médicos.³²² Es importante señalar que las convenciones no

contienen requerimiento alguno de criminalizar el uso de drogas (para más información, véase el capítulo 3.1), y que incluyen dispositivos explícitos que permiten alternativas a la condena o sanción para infracciones relativas al consumo personal, como la posesión, la adquisición y el cultivo, y “en los casos apropiados infracciones de carácter leve” no relativos al consumo personal (para más información, véase el capítulo 3.4).³²³ En casos de índole menor, se alienta a los Estados a aplicar alternativas a la condena o sanción, como educación, rehabilitación o reintegración social y, cuando el autor del delito sea una persona que consume drogas, “tratamiento y postratamiento”.³²⁴ En consecuencia, las convenciones reconocen la necesidad de establecer marcos para la determinación de penas para delitos de drogas que distingan entre:

- delitos de consumo y de suministro
- delitos menores y graves, y
- diferentes tipos de sustancias, según los potenciales daños a la salud y el valor terapéutico de una sustancia en particular.³²⁵

El concepto de proporcionalidad en la determinación de sentencias resulta esencial al considerar la aplicación de la pena de muerte para delitos de drogas. Según el Comité de Derechos Humanos de la ONU, al no equipararse al asesinato intencional, los delitos de drogas no cumplen con los criterios para ser considerados entre los “delitos más graves” para los cuales puede aplicarse la pena de muerte, según el artículo 6 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos.³²⁶ En consecuencia, la imposición de sentencias de pena de muerte y ejecuciones para delitos de drogas contraviene la legislación internacional de derechos humanos. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ha alentado a los Estados que mantienen y siguen aplicando la pena de muerte con respecto a delitos de drogas a que consideren la posibilidad de abolir la pena de muerte para esos delitos”.³²⁷ Sin embargo, hasta el año 2015, 33 países conservan la pena de muerte para delitos de drogas, y al menos 10 países la imponen como pena obligatoria en estos casos, y siete países todavía ejecutan activamente a personas condenadas por delitos de drogas.³²⁸

Asuntos de implementación

Una serie de países, así como la Unión Europea, reconocen actualmente la necesidad de abordar las penas desproporcionadas y la determinación de penas para delitos de drogas. Estos países han dado pasos para garantizar resultados más proporcionados, como la consideración de factores más allá de la mera posesión o la cantidad de drogas involucradas, que reflejen los daños causados por el delito y el grado de culpabilidad de su autor.³²⁹

Cuadro 1 Ecuador hace de la proporcionalidad una pieza clave de su código penal

Durante mucho tiempo, Ecuador ha sido conocido por sus castigos severos contra traficantes de drogas –así como por sus altas tasas de personas encarceladas por delitos de drogas en el país–, principalmente personas que transportan drogas, conocidos como “mulas”. Enfrentado a una crisis penitenciaria, Ecuador emitió en 2008 un indulto para todas las mulas en prisión.³³⁰ No obstante, este indulto puntual no contuvo el influjo de personas que ingresaban al sistema de justicia penal, y entre 2010 y 2014 la tasa de encarcelamiento incrementó de forma significativa.³³¹

En un esfuerzo por promover penas más proporcionadas para delitos de drogas, Ecuador promulgó en 2014 su Código Orgánico Integral Penal (COIP),³³² el cual reafirmaba la descriminalización del consumo de drogas (según el artículo 364 de la Constitución de Ecuador)³³³ e introducía penas proporcionadas para diversos grados de participación en delitos de drogas, con penas diferenciadas para aquellos involucrados en los niveles bajos de la cadena del tráfico y para quienes cumplen un papel principal dentro del mercado ilícito. El COIP también creaba cuatro categorías de tráfico: desde tráfico menor hasta de gran escala, con penas proporcionadas de acuerdo a la cantidad y el tipo de sustancias involucradas.³³⁴

Tras la adopción del COIP, más de 2.000 personas fueron liberadas de prisión.³³⁵ Sin embargo, en septiembre de 2015, Ecuador revisó las cantidades establecidas para diferenciar entre los niveles de tráfico, reduciéndolas considerablemente; una decisión política que probablemente resultará en otro incremento adicional en la población carcelaria en el país.³³⁶ Sin embargo, la reforma llevada a cabo en Ecuador constituye un interesante ejemplo de cómo introducir una determinación de penas más apropiadas para delitos de drogas.

Un marco para la determinación de penas proporcionadas para delitos de drogas debería ser proporcionado en sí mismo, y también en comparación con las penas para otros delitos dentro del sistema de justicia penal.

Los sistemas de penas son desproporcionados en países donde los delitos violentos reciben sanciones menos severas que los delitos no violentos de drogas, como el Reino Unido, que impone penas mínimas de 5

años de cárcel para una condena de violación, y de 14 años de cárcel por la importación de 10.000 comprimidos de éxtasis para su venta.³³⁷

Se debería distinguir entre los delitos relacionados con el consumo personal y aquellos cometidos con intención de suministrar drogas para reflejar los diversos grados de culpabilidad del autor y los daños causados a la sociedad por su delito.

- Uso personal de drogas, así como posesión, cultivo y adquisición afines: deberían aplicarse alternativas a la criminalización y al castigo, junto con la derivación a opciones de reducción de daños y servicios de salud, tales como el tratamiento de la dependencia de drogas basado en pruebas empíricas (véase el capítulo 3.1)
- Delitos de usuario-traficante, donde una persona que consume se involucra en la venta de drogas con el propósito principal de mantener su propio consumo: deberían aplicarse alternativas a la condena, el encarcelamiento y el castigo, junto con la derivación a servicios de reducción de daños y tratamiento de la dependencia de drogas, a fin de atender la causa que origina el delito (véase el capítulo 3.4)
- Delitos relacionados con el suministro de drogas, incluidos la venta y el tráfico (véase más abajo).

Se debería distinguir entre las funciones y motivaciones diferenciadas de las personas involucradas en delitos de suministro de drogas.

- Personas involucradas en el cultivo impulsadas por la necesidad de subsistir: aquellos involucrados en el cultivo ilícito son mayormente agricultores de subsistencia en situación de alta vulnerabilidad que cultivan amapola, hoja de coca o cannabis como un cultivo comercial que les permite comprar alimentos y ropa, y acceder a servicios de salud y educación. Estas personas no deberían ser criminalizadas. En lugar de ello, debería aplicarse una estrategia orientada al desarrollo para ofrecerles oportunidades para procurarse medios de vida viables y sostenibles (véase el capítulo 4.2)
- Traficantes de drogas involucrados en operaciones de venta al detalle de sustancias controladas dentro de una red de amigos, y que obtienen ganancias financieras limitadas: a estas personas se les deberían ofrecer alternativas al encarcelamiento para asegurar que los sistemas de justicia penal y de prisiones no se sobrecarguen con casos menores y no violentos³³⁸ (véase el capítulo 3.4)
- Los transportistas de drogas o “mulas” son personas que se involucran en delitos de tráfico de drogas, por lo general en el transporte de sustancias controladas.³³⁹ Normalmente provienen de un contexto social extremadamente vulnerable, ponen su salud

Cuadro 2 Costa Rica adopta leyes más proporcionadas sobre drogas

En Costa Rica, muchas actividades relacionadas con la producción y el suministro comercial de drogas eran consideradas como un delito grave, punible con un mínimo de ocho años en prisión. En consecuencia, en el año 2012, el 65% de las 780 mujeres recluidas en el Centro Institucional El Buen Pastor estaban encarceladas por delitos de drogas. De estas mujeres, el 23,5% (120) fueron condenadas por introducir drogas a la prisión de contrabando, como delincuentes primerizas. La mayoría de ellas eran cabezas de familia, vivían en condiciones de pobreza, y tenían a su cargo a uno o más hijos cuyo desarrollo personal fue seriamente afectado como resultado de la separación forzada de su principal cuidadora.

Reconociendo la necesidad de un enfoque proporcionado y sensible al género para su marco de determinación de penas para delitos de drogas, Costa Rica enmendó en 2013 su legislación sobre drogas (artículo 77 de la Ley 8204). Se redujo la pena por introducir drogas a las prisiones, de entre 8 y 20 años de cárcel, a entre 3 y 8 años de prisión. También se introdujo la opción de imponer penas alternativas al encarcelamiento a mujeres que cumplieran los siguientes criterios (para más información, véase el cuadro 3 en el capítulo 3.4):

- vivir en situación de pobreza

- ser cabeza de familia, en situación de vulnerabilidad
- ser responsable del cuidado de menores de edad, ancianos o personas con cualquier tipo de discapacidad o dependencia
- ser una persona anciana en situación de vulnerabilidad.

Tras la reforma, 159 mujeres fueron liberadas de la cárcel. Actualmente, Costa Rica está considerando expandir su reforma a otros delitos de drogas. La reforma de Costa Rica es particularmente interesante para América Latina, donde el hacinamiento de las prisiones es un fenómeno común, y donde la gran mayoría de las mujeres están encarceladas por delitos de drogas menores y no violentos.³⁴⁰ La reforma es también coherente con estándares internacionales sobre los derechos y el bienestar de las mujeres, como las [Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes](#) (también conocidas como las Reglas de Bangkok). La Regla 61, en particular, exhorta a considerar los factores atenuantes, como la comisión de un delito por primera vez, la comisión de delitos menores y las responsabilidades de cuidado de otras personas dependientes.³⁴¹



Cárcel de mujeres El Buen Pastor en San José, Costa Rica

Fotografía: Jessamine Bartley-Matthews, WOLA

en grave riesgo a cambio de un pago muy bajo, y a menudo son coaccionados o explotados para transportar las drogas.³⁴² A los autores de estos delitos no se les deberían imponer penas severas, sino ofrecérseles alternativas al encarcelamiento, especialmente en el caso de mujeres que tiene a su cargo niños o personas dependientes³⁴³ (véase el capítulo 3.4)

- Personas que cometen delitos graves o que pertenecen a organizaciones delictivas y que obtienen grandes ganancias por desempeñar un papel de alto nivel en una operación de producción o tráfico de drogas, o una red de la delincuencia organizada, a menudo recurriendo a la violencia y la corrupción. A estas personas se les deberían imponer penas más severas, teniendo en cuenta el principio de proporcionalidad a lo largo del espectro de delitos, tal como se describe arriba.

Se deberían tener en cuenta los factores atenuantes para determinar si una pena debe reducirse.

- Las circunstancias socio-económicas del autor del delito: la desproporcionada criminalización de personas procedentes de comunidades vulnerables y pobres exacerba sus circunstancias socio-económicas desaventajadas, impidiéndoles que encuentren empleo al salir de la cárcel, y puede tener consecuencias devastadoras para quienes dependen de ellos, como sus hijos u otros familiares³⁴⁴
- Las responsabilidades de un delincuente como cuidador de otra persona, en especial en el caso de las mujeres, que son a menudo las principales cuidadoras de los hijos y otros dependientes, como padres ancianos o personas con discapacidad³⁴⁵
- La motivación del delincuente para obtener ganancias financieras: diversas actividades relacionadas con las drogas no están motivadas por una ganancia de dinero significativa, como en el caso de quienes transportan drogas
- Si se trata de la primera vez que la persona comete un delito
- La no participación en la delincuencia organizada ni en actos violentos.

Se deberían tener en cuenta los factores agravantes para determinar si una pena debe incrementarse.

- La motivación de obtener ganancias financieras significativas
- La participación de menores de edad
- La participación en actividades violentas, corrupción y/o lavado de dinero
- La participación en la delincuencia organizada.

Recursos clave

- Comisión Europea (2009), *Report from the Commission on the implementation Framework Decision 2004/757/JHA laying down minimum provisions on the constituent elements of criminal acts and penalties in the field of illicit drug trafficking* (Bruselas, COM (2009) 69 final [SEC (2009) 1661]
- Harris, G. (2011), *Condenados por los números: Cantidades umbral en políticas de drogas* (Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Condenados-por-los-numeros-cantidades-umbral-en-politicas-de-drogas.pdf>
- Lai, G. (2012), *Drogas, crimen y castigo: Proporcionalidad de las penas por delitos de drogas* (Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/es/publications/2012/06/drogas-crimen-y-castigo-proporcionalidad-de-las-penas-por-delitos-de-drogas>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *Manual Sobre Estrategias Para Reducir el Hacinamiento en las Prisiones*, Serie de Guías de Justicia Penal, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/HBonOvercrowding/UNODC_HB_on_Overcrowding_ESP_web.pdf
- Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos, Consorcio Internacional de Políticas sobre Drogas, DeJusticia, Comisión Interamericana de Mujeres (2016), *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: Guía para la reforma política en América Latina y el Caribe*, http://www.wola.org/commentary/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas

Principales recomendaciones

- El uso de drogas se debería considerar como un tema de salud. Las personas que usan drogas deberían disponer de servicios para la reducción de daños y tratamiento de la dependencia basado en pruebas empíricas, y estos servicios deberían ser priorizados para estas personas, así como para quienes están implicados en delitos de drogas menores y son dependientes de estas sustancias
- El encarcelamiento solo se debería emplear como último recurso, y únicamente para delincuentes de alto nivel y violentos
- Deberían desarrollarse mecanismos de derivación en las etapas de arresto, encausamiento y determinación de la pena para ayudar a asegurar que los casos de quienes cometen delitos menores de drogas no sobrecarguen y paralicen los sistemas de justicia penal
- Los impedimentos legislativos y prácticos para la aplicación de alternativas al encarcelamiento para quienes cometen delitos de drogas deberían eliminarse³⁴⁶
- Deberían establecerse redes de apoyo social y comunitario, como programas educativos y de empleo, de vivienda, servicios de salud, etc., a fin de abordar los factores socio-económicos que llevan a las personas a involucrarse en el comercio ilícito de drogas
- Las alternativas al encarcelamiento deberían adaptarse para abordar las necesidades y vulnerabilidades específicas de las mujeres
- Los países que aplican o consideran medidas para incrementar la derivación deberían analizar cuidadosamente la evidencia y opciones disponibles antes de elegir el mejor proceso/ modelo para sus circunstancias.

Introducción

Como resultado de los enfoques punitivos que han prevalecido en los regímenes internacionales y nacionales para el control de las drogas, las tasas de encarcelamiento se han incrementado de manera sostenida desde la década de 1970. El crecimiento más pronunciado ha ocurrido en los Estados Unidos.³⁴⁷ En América Latina, el porcentaje de personas encarceladas por delitos de drogas ha aumentado con más rapidez que la población penitenciaria en general.³⁴⁸ También se han producido incrementos en toda Europa, Asia, África y Oceanía.³⁴⁹ Actualmente, aunque existen diferencias considerables entre países individuales y regiones,³⁵⁰ “las personas condenadas por delitos de drogas (posesión de drogas y tráfico de drogas) representan el 21% de la población reclusa condenada en todo el mundo.”³⁵¹

Las altas tasas de reclusión por delitos de drogas han contribuido al hacinamiento en las cárceles, exacerbando graves preocupaciones sobre las condiciones en las prisiones. Según el Grupo de Trabajo sobre Detención Arbitraria, el hacinamiento “puede poner en tela de juicio el cumplimiento del artículo 10 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, el cual garantiza que toda persona en detención será tratada con humanidad y respeto por su dignidad.”³⁵²

Tanto el encarcelamiento generalizado de quienes cometen delitos de drogas como el hacinamiento de las prisiones afectan de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables de la sociedad, en especial a las minorías étnicas. En Europa, por ejemplo, la mayoría de los reclusos provienen de comunidades pobres, y la proporción de inmigrantes y minorías étnicas está en aumento.³⁵³ Igualmente, en los Estados Unidos hay “cinco veces más personas blancas que afroestadounidenses consumiendo drogas; sin embargo, diez veces más afroestadounidenses que blancos son enviados a prisión por delitos de drogas.”³⁵⁴ En los países productores de drogas, los cocaceros y pequeños productores encarcelados suelen pertenecer a los sectores más marginalizados de la sociedad.

Los delitos de drogas han desempeñado un papel importante en el significativo incremento de la población de mujeres en la cárcel. Más del 90% de los reclusos son



Cárcel de mujeres en Bogotá, Colombia

varones; sin embargo, con el curso del tiempo, “el número total de reclusas (que constituyen del 5% al 8% de la población carcelaria) aumentó un 26% de 2004 a 2012 – un aumento mucho mayor que el registrado en el caso de los hombres (11%)”.³⁵⁵ Un porcentaje significativo de este incremento está asociado con los delitos de drogas,³⁵⁶ que por lo general son de una naturaleza menor y no violenta.³⁵⁷ Por ejemplo, “en Argentina, Brasil y Costa Rica, más del 60 por ciento de la población carcelaria femenina de cada país está encarcelada por delitos relacionados con drogas”.³⁵⁸ En Europa, los delitos de drogas representan aproximadamente el 28% de los casos de mujeres encarceladas, correspondiendo los porcentajes más altos a Tayikistán (70%) y Letonia (68%), y el más bajo a Polonia (3,1%).³⁵⁹ Tailandia ocupa el sexto lugar a nivel mundial en cuanto a población carcelaria, y tiene la tasa más alta del mundo de mujeres encarceladas; en 2015, se informó de que el 70% de los hombres y el 80% de las mujeres allí encarceladas lo estaban por delitos de drogas, en especial por posesión y consumo. Además, el número de arrestos que correspondían únicamente al uso de drogas se incrementó de 51.566 en 2003 a 209.366 para el año 2013, representando el 92% de todos los arrestos relacionados con drogas en 2013 en Tailandia.³⁶⁰

La reclusión de madres y cuidadoras puede tener efectos aplastantes en sus hijos, familias y comunidades.³⁶¹ Los infantes y niños pequeños de padres encarcelados se convierten en víctimas del enfoque punitivo hacia las drogas.³⁶² En muchos países del mundo, hay niños que viven con sus madres en prisión, lo cual genera situaciones complejas para las instituciones penitenciarias.³⁶³

Se requiere urgentemente un cambio de paradigma a fin de abordar esta situación. Una vez más, es importante recordar que la mayoría de los reclusos se encuentran en prisión por delitos de drogas menores y de naturaleza no violenta. Por ejemplo, en el Distrito Federal y en el estado de México, cerca del 75% de los prisioneros están detenidos por posesión de pequeñas cantidades de drogas; y en Colombia, más del 98% de quienes están encarcelados por delitos de drogas “no habrían tenido – o no se les podría haber podido probar – una participación importante en las redes del narcotráfico”.³⁶⁴

En este contexto, se deberían diseñar y aplicar alternativas integrales y contextualizadas al arresto, la determinación de penas y el encarcelamiento. Las alternativas al encarcelamiento brindan maneras más eficaces y menos costosas de reducir la delincuencia relacionada con las drogas, al mismo tiempo que promueven la salud y la inclusión social de los autores de delitos menores, al abordar algunas de las causas que originan su implicación en mercado ilícito de drogas.

Las pruebas empíricas sugieren que las alternativas producen mejores resultados que el encarcelamiento en términos de costo-eficacia. Por ejemplo, los programas de tratamiento para la dependencia de drogas que operan fuera de las prisiones rinden hasta 8,87 dólares por cada dólar invertido, mientras que el tratamiento de la dependencia de drogas en prisión rinde entre 1,91 y 2,69 dólares por cada dólar invertido.³⁶⁵ En la misma línea, estudios realizados en Inglaterra y Gales sugieren que las alternativas que incluyen tratamiento domiciliario y libertad vigilada resultan más costo-eficaces que el encarcelamiento, y son mucho

Cuadro 1 El programa de Derivación Asistida por las Autoridades Policiales (LEAD) en Seattle³⁶⁶

LEAD es un programa policial de derivación, lanzado en octubre de 2011 en Seattle, Estados Unidos. Se dirige a personas arrestadas por delitos menores relacionados con drogas y trabajo sexual que cumplen con ciertos criterios de elegibilidad: es decir, personas identificadas como afectadas por “desórdenes debido al consumo de sustancias”.

El programa brinda a los agentes policiales una discrecionalidad significativa, basándose en el supuesto de que estos son quienes conocen mejor a la comunidad; de este modo, LEAD pone un fuerte énfasis en el patrullaje comunitario y en fortalecer lazos de la comunidad con la autoridad encargada de hacer cumplir la ley. Así, cuando un agente de policía detiene a una persona, tiene la autoridad para decidir si la deriva al programa o no. Por ello, en tanto que autoridad de referencia, los agentes de policía tienen la capacidad de derivar a las personas hacia servicios adecuados sin llevar a cabo un arresto.

Si la persona es derivada al programa, esta es conectada a un responsable de su caso, quien decidirá el tipo de programa de monitoreo al cual se le someterá, que por lo general incluye un conjunto de servicios diseñados para cubrir sus necesidades. El programa suele implicar tratamiento de base comunitaria y servicios de apoyo, guiados por

principios para la reducción de daños. Si la persona cumple con el programa y sus evaluaciones, no será acusada y, en consecuencia, no se generará un antecedente penal. También es importante señalar que el programa no prevé sanciones formales o punitivas por “incumplimiento”, y una persona puede volver a ingresar en él si falla en el primer intento y es sorprendida por la policía cometiendo un delito similar. De hecho, la razón por la cual se inició el programa fue para que la policía encontrara mejores maneras de lidiar con las mismas personas que ingresaban y salían del sistema de justicia penal.³⁶⁷

El programa fue diseñado originalmente como un proyecto piloto, financiado por fundaciones privadas. Actualmente, LEAD es financiado por la ciudad de Seattle. Las primeras evaluaciones de la eficacia de LEAD se publicaron a principios de 2015. La información disponible reportaba reducciones en los costos de las acciones para la aplicación de la ley, así como una mayor efectividad del programa para reducir la reincidencia en comparación con el sistema tradicional de justicia penal. La evaluación concluía que las “personas [que participaron] en LEAD tenían un 60% menos de probabilidades que las del grupo de control de ser arrestadas dentro de los primeros 6 meses de la evaluación.”³⁶⁸



Tim Candela (derecha), encargado de casos en LEAD, participa en una reunión de LEAD en el Precinto Oeste del Departamento de Policía de Seattle en agosto de 2014

Fotografía: Mike Kane, The Huffington Post

más eficaces para reducir la reincidencia.³⁶⁹ Finalmente, las alternativas al encarcelamiento pueden reducir el estigma y la discriminación que experimentan las personas condenadas a prisión, y son clave para ayudar a los Estados a cumplir sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Asuntos legislativos y de política relacionados

Las convenciones sobre drogas de la ONU incluyen disposiciones explícitas que permiten alternativas a la condena o el castigo para delitos relacionados con el consumo personal, como la posesión, la compra, el cultivo y la producción de drogas, y “en los casos apropiados de infracciones de carácter leve” no relacionados con el consumo personal,³⁷⁰ para los cuales se anima a los Estados a aplicar alternativas a la condena o castigo, como la educación, la rehabilitación o la reintegración social, y cuando se determina que el delincuente es dependiente de drogas, el “tratamiento y postratamiento”.³⁷¹

Las alternativas al encarcelamiento para delitos de drogas pueden definirse como cualquier medida que tiene como objetivo: a) limitar el uso de la reclusión como castigo; b) reducir las presiones sobre los sistemas de justicia penal de los países, en particular sobre las cárceles; y c) disminuir el tiempo de privación de la libertad real de las personas que han cometido delitos de drogas. En última instancia, el objetivo de las alternativas al encarcelamiento es garantizar que la cárcel sea empleada como último recurso.

Las alternativas al encarcelamiento deberían estar disponibles para todos los autores de delitos de drogas no violentos, como quienes se involucran en el transporte y venta de bajo nivel de drogas, así como las personas dependientes de drogas que han cometido delitos económicos/de compra de drogas; es decir, quienes actualmente constituyen la mayoría de la población carcelaria. Para estas personas, las alternativas al encarcelamiento asegurarían que se diseñen respuestas y recursos más efectivos dirigidos a traficantes violentos y de gran escala, y a grandes delincuentes.

Las personas que usan drogas no deberían estar sujetas a encarcelamiento, y se debería adoptar un proceso de **descriminalización** del uso de drogas, la posesión de drogas para uso personal, la posesión de parafernalia para consumir drogas, y el cultivo y compra de sustancias para consumo personal (véase el capítulo 3.1). También debería descriminalizarse la actividad de los pequeños agricultores que participan en el cultivo ilícito (véase el capítulo 4.2). Esto asegura que las personas que consumen drogas y que los agricultores de subsistencia no terminen en

prisión, y que se aborden las dimensiones sociales y de salud de estas actividades dentro de un entorno político favorable.

Otras alternativas se pueden agrupar en tres grandes categorías: a) **derivación en las etapas de arresto y pre-procesamiento**; b) **derivación en la etapa de procesamiento**; y c) **alternativas en las etapas de determinación de sentencias y post-sentencia**.

Derivación en las etapas de arresto y pre-procesamiento

Hay una serie de mecanismos en las etapas de arresto o pre-procesamiento que pueden emplearse para evitar el encarcelamiento. Estos pueden involucrar la derivación a un sistema de monitoreo administrativo, a tratamiento basado en pruebas empíricas para la dependencia de drogas cuando este se requiera, o a otras medidas no punitivas como programas educativos.³⁷² En este caso, tales mecanismos suelen depender de agentes policiales como el personal clave que toma las decisiones respecto a derivar a una persona hacia el procesamiento penal o hacia un mecanismo alternativo. Varios países han establecido sistemas de derivación que pueden variar considerablemente, pero que por lo general se aplican tanto a personas arrestadas por venta de drogas de bajo nivel como a personas arrestadas por delitos motivados por la dependencia de las drogas.

Comparadas con otras formas de derivación, las que ocurren durante las etapas de arresto y pre-procesa-

Cuadro 2 El sistema escocés de derivación

En Escocia, los fiscales procuradores (equivalentes a los fiscales) son los encargados de identificar a quién, de entre las personas acusadas de haber cometido un delito menor y que no representan un riesgo significativo para el público, se debería derivar a intervenciones de apoyo social. Estas intervenciones prevén sesiones individuales y/o grupales, así como derivaciones a servicios de reducción de daños y tratamiento voluntario para la dependencia de drogas, orientados a atender una serie de temas como conductas delictivas, consumo de alcohol y drogas, habilidades sociales, educación, empleo y capacitación. Una evaluación del programa resaltaba las ventajas de abordar las necesidades de quienes cometen delitos de drogas en entornos de base comunitaria, que habían demostrado ser más efectivos en términos de costos, y tener más probabilidades de resultar en tasas más bajas de reincidencia.³⁷³

Cuadro 3 Proyecto de Justicia Restaurativa de Costa Rica

En paralelo a su reforma legislativa en 2013 (presentada en el cuadro 2 del capítulo 3.3), Costa Rica ha adoptado un Proyecto de Justicia Restaurativa que incluye diversas medidas orientadas a reducir la población carcelaria. El proyecto creó un tribunal para el tratamiento de la dependencia de drogas, adaptado al sistema legal costarricense, donde el consumo de drogas está descriminalizado. Entre las poblaciones destinatarias se encuentran autores de delitos menores y que han cometido un delito por primera vez por su dependencia de drogas. Un grupo interdisciplinario y especializado en justicia restaurativa (conformado por médicos, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros) adapta su respuesta a las necesidades del beneficiario, enfocándose en tratamiento con internamiento o ambulatorio.

Por otro lado, Costa Rica ha desarrollado alternativas al encarcelamiento con una perspectiva de género. La reforma legislativa de 2013 permite otorgar el beneficio de arresto domiciliario, libertad supervisada, residencia en un hogar de transición o monitoreo electrónico a mujeres acusadas de introducir drogas en la cárcel y que viven en condiciones de pobreza, son cabeza de familia y viven en condiciones de vulnerabilidad, o tienen la custodia de hijos menores de edad, ancianos o personas con algún tipo de discapacidad.³⁷⁴

Lo más interesante es que Costa Rica se encuentra actualmente desarrollando una red institucional de servicios sociales y de salud para dar asistencia a mujeres ex-presidarias que buscan reintegrarse en la sociedad. La red ofrece apoyo psicológico, ayuda para encontrar empleo, servicios sociales, guardería de niños, etc., en un esfuerzo por abordar las causas que subyacen a la participación en el comercio de drogas, así como para reducir la reincidencia.³⁷⁵

miento presentan dos ventajas principales. En primer lugar, reducen la detención preventiva, la cual ha llevado a crisis graves de derechos humanos en diversos países en todo el mundo.³⁷⁶ En segundo lugar, impiden que las personas tengan que someterse a un procedimiento penal prolongado y difícil, reduciendo de esta manera la sobrecarga judicial y las tasas de encarcelamiento, así como los costos asociados. Cuanto más pronto se derive a una persona del sistema judicial, mejor.

Derivación en la etapa de procesamiento

En este sistema de derivación, son principalmente los fiscales quienes determinan si la persona arrestada debe presentarse ante un tribunal o ser derivada a un espacio alternativo, como un centro de tratamiento para la dependencia de drogas u otro servicio social o de salud. El sistema de derivación escocés, por ejemplo, permite a los fiscales derivar a personas hacia intervenciones de apoyo social (véase el cuadro 2).

Alternativas al encarcelamiento en las etapas de determinación de sentencia y post-sentencia

Estas alternativas incluyen la derivación tanto a través de procedimientos penales como de mecanismos para reducir la duración del encarcelamiento. En estos casos, son los jueces quienes deciden si se inicia el proceso de derivación, y cuándo hacerlo.

Los mecanismos de derivación pueden iniciarse en el momento en que la persona ingresa en el sistema de justicia penal, por ejemplo, mediante la suspensión de los procedimientos penales bajo supervisión judicial. La persona que ha sido derivada debe cumplir con ciertas condiciones, como la participación en tratamiento de la dependencia de drogas y/o una serie de intervenciones sociales, que incluyen sesiones educativas y trabajo comunitario. Los tribunales de drogas y las cortes comunitarias son ejemplos comunes de este tipo de mecanismos de derivación.³⁷⁷

El modelo de tribunal de drogas se ha aplicado ampliamente en los Estados Unidos y en varios países de América Latina. Sin embargo, han surgido serias críticas respecto a este modelo, por lo que se debería analizar cuidadosamente.³⁷⁸ Una de las principales críticas al modelo basado en tribunales de drogas reside en que este continúa abordando la dependencia de drogas a través de una perspectiva de justicia penal, en lugar de hacerlo como un tema social y de salud. Los tribunales de drogas han recibido duras críticas por:

- El hecho de que, en algunas regiones del mundo, los tribunales de drogas se centran en el simple uso de drogas, en lugar de centrarse en personas dependientes de drogas que han cometido otros delitos
- Forzar a personas que no son necesariamente dependientes de drogas a aceptar tratamiento en lugar de ir a prisión, dando lugar a un uso ineficaz de los recursos disponibles
- La ausencia de profesionales de salud para determinar si una persona es dependiente o no lo es
- El hecho de que la persona tenga que admitir su culpabilidad para acceder al programa de tratamiento
- La práctica de imponer sanciones a personas que no completan el programa de tratamiento; estas sanciones son en ocasiones más severas que si la persona hubiera pasado por el sistema tradicional de justicia penal.³⁷⁹



Ángela, 24 años, condenada a seis años de prisión en Bogotá, Colombia, por ingresar drogas en un penitencionario

Una persona también puede ser derivada del encarcelamiento después de recibir una condena, mediante mecanismos que sustituyen o reducen la pena de cárcel. Estos mecanismos incluyen programas de libertad condicional, sentencia condicional, indulto, etc.³⁸⁰

Aunque estos sistemas de derivación tienen un impacto más limitado en reducir la sobrecarga del sistema de justicia penal – dado que quienes cometen delitos de drogas pasan efectivamente por dicho sistema –, sí tienen impacto tanto sobre el hacinamiento de las cárceles como en la capacidad de las personas para reintegrarse en la sociedad. Estos mecanismos de derivación también pueden reducir los daños causados por el encarcelamiento de personas que tienen a su cargo a niños, ancianos y personas con discapacidades.

Asuntos de implementación

Un conjunto de principios rectores deben apuntalar el diseño y la aplicación de alternativas al encarcelamiento:

Adoptar un enfoque de derechos humanos

Las alternativas al encarcelamiento deben cumplir con los estándares internacionales de derechos humanos. La conformidad con los derechos a la salud y la vida, y la prohibición de la tortura, constituyen un objetivo central de la promoción de alternativas al encarcelamiento.³⁸¹ Por ello, no debe aplicarse alternativa al-

guna que involucre malos tratos, como centros de detención obligatoria.

Emplear el encarcelamiento y el castigo como último recurso

El objetivo de las alternativas al encarcelamiento es reducir el uso de cárceles en general. Debe tenerse cuidado, sin embargo, en asegurar también que las alternativas al encarcelamiento no lleven a un incremento del volumen general de sanciones y castigos (es decir, el llamado “efecto de ampliación de la red” descrito en el capítulo 3.1).³⁸²

Abordar el uso de drogas como un tema de salud

Los daños asociados con la fiscalización de las drogas no deberían exceder los daños producidos por las propias sustancias. Por lo tanto, se requiere un cambio en el enfoque donde el consumo de drogas sea tratado como un tema social y de salud, en lugar de una cuestión penal y, por ende, debe ser descriminalizado (véase el capítulo 3.1). Tal como se ha explicado anteriormente, las convenciones sobre drogas de la ONU³⁸³ y diversos instrumentos internacionales de derechos humanos³⁸⁴ respaldan este enfoque.

Evitar el tratamiento forzado

No todas las personas que usan drogas requieren de tratamiento. Tal como se ha explicado en el capítulo 2.5, apenas una de cada 10 personas que consumen

drogas experimentan problemas con su consumo y pueden, como resultado, requerir de tratamiento. Cuando el autor de un delito experimenta una dependencia de drogas, se le debería ofrecer tratamiento adecuado y de base empírica como una alternativa al encarcelamiento. Cuando el autor del delito consume drogas pero no depende de ellas, debería disponerse de alternativas como la derivación a servicios para la reducción de daños.

Adoptar una perspectiva de género

Ello implica lidiar tanto con las vulnerabilidades de las mujeres y de sus hijos, como con los efectos que el encarcelamiento puede tener sobre sus vidas. También significa que deben realizarse más estudios sobre la dimensión de la participación de mujeres en el tráfico de drogas, el número de mujeres encarceladas por delitos de drogas, la identificación de delitos por los cuales las mujeres van a prisión, datos sobre su situación (edad, nivel educativo, antecedentes laborales, si tienen hijos, etc.), y quién se ha beneficiado de las alternativas al encarcelamiento. Los mecanismos de derivación también deben basarse en una perspectiva de género para garantizar que las alternativas sean efectivas para abordar las necesidades específicas de mujeres y niños.³⁸⁵

Promover penas proporcionadas para delitos de drogas

Los delitos de drogas deben reflejar la gravedad del delito y el probable impacto del castigo sobre el mercado ilícito de drogas en su conjunto. Las alternativas al encarcelamiento son apenas un componente dentro de un régimen proporcionado (para más información, véase el capítulo 3.3).

Desarrollar un amplio abanico de servicios sociales y de salud

Una aplicación exitosa de alternativas al encarcelamiento depende de la accesibilidad y calidad de los servicios sociales y de salud, tales como de atención sanitaria, incluidos servicios de reducción de daños y tratamiento de la dependencia de drogas, así como intervenciones sociales. Las redes de servicios, agencias y ONG que trabajan conjuntamente para abordar temas de salud y/o sociales y/o económicos que enfrentan quienes cometen estos delitos son esenciales para desarrollar el respaldo institucional necesario para prevenir la reincidencia y promover la reintegración social.

Recursos clave

- Giacomello, C. (2013) *Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_SPANISH.pdf
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2014), *Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para los Delitos Relacionados con Drogas*, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3202>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2015), *Alternativas al castigo para delinquentes que usan drogas*, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/EMCDDA-alternatives-to-punishment-for-drug-using-offenders-2015.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2007), *Manual de la ONUDD sobre principios básicos y prácticas prometedoras en la aplicación de Medidas sustitutivas del encarcelamiento*, [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Handbook_of_basic_principles_and_promising_practices_on Alternatives to Imprisonment_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Handbook_of_basic_principles_and_promising_practices_on_Alternatives_to Imprisonment_Spanish.pdf)
- Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, DeJusticia, Comisión Interamericana de Mujeres (2016), *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: Guía para la reforma política en América Latina y el Caribe*, http://www.wola.org/es/comentario/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
- Transnational Institute y Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (diciembre de 2010), *Sistemas sobrecargados: Leyes de drogas y cárceles en América Latina*, http://www.wola.org/es/informes/sistemas_sobrecargados_leyes_de_drogas_y_carceles_en_america_latina

3.5

Modernización de la aplicación de leyes sobre drogas

Principales recomendaciones

- Los mercados ilícitos de drogas no se pueden erradicar totalmente, pero se pueden manejar de manera que se reduzcan los efectos más dañinos del comercio de drogas. Por ende, la aplicación de las leyes sobre drogas debería centrarse en objetivos sociales más amplios, y no solo en tratar de reducir el tamaño del mercado negro
- Un enfoque nuevo y más integral debería concentrarse en abordar de manera más amplia la delincuencia organizada, en especial la corrupción y el lavado de dinero, así como otros tipos de contrabando (tabaco, alcohol, armas, etc.) y actividades delictivas (extorsión, secuestro, etc.)
- Teniendo esto en cuenta, deberían establecerse enfoques intra-gubernamentales; las autoridades policiales deberían colaborar con los sectores de justicia, salud, educación, servicios sociales, servicios para jóvenes, así como organizaciones de la sociedad civil y representantes de las comunidades afectadas
- Las iniciativas para el control de armas se deberían fortalecer, a través de medidas para el desarme y acciones contra el tráfico de armas, para ayudar a mitigar los efectos dañinos del tráfico de drogas, dada la abrumadora evidencia científica que indica que menos armas conllevan menos violencia, muertes y delincuencia
- Se deberían desarrollar y evaluar independientemente nuevos indicadores y mediciones del desempeño de la legislación sobre drogas, centrados en resultados sociales antes que en indicadores de proceso referidos a la interdicción.

Introducción

Las convenciones sobre drogas de la ONU se basan en la “creencia de que existe una relación lineal simple entre la escala del mercado de drogas y el nivel de daños a la salud y el bienestar humanos (es decir, mientras más pequeño sea el mercado, menores los daños)”³⁸⁶. En parte como resultado de ello, las políticas nacionales sobre drogas se han centrado fundamentalmente en el objetivo general de disminuir el tamaño del mercado ilícito de drogas, orientado hacia la meta final de lograr un “mundo sin drogas”.³⁸⁷ En este contexto, la erradicación de cultivos (incluida aquella realizada mediante la fumigación aérea con glifosato), las incautaciones de drogas y los arrestos han sido vistos como pasos positivos en dirección a esta meta y, por ende, han sido a menudo considerados como indicadores de éxito de las políticas.

Este enfoque ha demostrado ser en gran medida ineficaz y dañino. A escala global, el precio promedio de las sustancias controladas ha disminuido y su pureza ha aumentado.³⁸⁸ Mientras tanto, las políticas no han logrado reducir de manera general el consumo ilegal de drogas a nivel mundial,³⁸⁹ y las personas han pasado de consumir una sustancia a otra, en parte como respuesta a los cambios en el precio y la disponibilidad. La producción ilícita de drogas también se ha mantenido elevada. En los últimos años, Afganistán, que produce aproximadamente el 90% del opio del mundo, ha registrado los niveles de cultivo más altos en su historia.³⁹⁰ Los éxitos alcanzados en algunos países en contener la producción con frecuencia han trasladado esta hacia áreas vecinas, incluyendo el desplazamiento de China hacia el Triángulo Dorado; de Tailandia hacia Myanmar; de Turquía, Irán y Pakistán hacia Afganistán;³⁹¹ y, más recientemente, entre Bolivia/Perú y Colombia.³⁹²

Las prácticas para la aplicación de las leyes sobre drogas han tenido numerosos impactos negativos que han excedido los beneficios obtenidos. En primer lugar, las campañas de mano dura en ciertas rutas de tráfico de drogas han llevado al surgimiento de otras rutas. Por ejemplo, hasta la década de 1990, el Caribe era la principal ruta de tránsito de los aviones que transportaban cocaína, que solían hacer escala para reabastecerse de combustible en ruta hacia Florida. Cuando las acciones

de las fuerzas del orden de los Estados Unidos se intensificaron, empezaron a emplearse cada vez más las rutas del Pacífico, América Central y México en lugar del tránsito a través del Caribe, mientras que se enviaba más cocaína al mercado europeo por vías marítima y aérea. Funcionarios de Europol y de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) señalaron también que ciertas iniciativas de aplicación de la ley más recientes en los Países Bajos, como políticas para la fiscalización total de vuelos procedentes de países específicos de América Latina a principios de la década de 2000, pueden haber llevado a los traficantes a emplear rutas diferentes, principalmente a través de África Occidental, una zona de tránsito cada vez más afectada por el tráfico transatlántico de cocaína.³⁹³ Los traficantes también han demostrado poseer una gran adaptabilidad y sofisticación en sus tácticas, siempre que existan una demanda y la posibilidad de obtener ganancias. En particular, la posibilidad de obtener considerables ganancias de los mercados ilícitos de drogas ha constituido un importante incentivo económico para la continua participación de organizaciones delictivas en el tráfico de drogas.

En segundo lugar, las políticas nacionales sobre drogas centradas en reducir el volumen del mercado de drogas han conducido a mayor violencia e inestabilidad. Los mercados de drogas al detalle no son inherentemente violentos; hay una serie de factores más importantes que influyen en los niveles de violencia, entre los cuales “demográficos, como la edad de los capos criminales y la concentración geográfica de grupos minoritarios, niveles de pobreza, el equilibrio de poder en el mercado delictivo, así como la capacidad de las agencias encargadas del patrullaje policial y las estrategias que elijan”.³⁹⁴ Un estudio realizado en 2011

encontró que “la violencia armada y las altas tasas de homicidio pueden ser una consecuencia inevitable de la prohibición que pesa sobre las drogas, y que la perturbación de los mercados de drogas puede, paradójicamente, incrementar la violencia”.³⁹⁵ Ejemplos de cómo la aplicación de las leyes sobre drogas contribuye a una mayor violencia incluyen a Colombia entre mediados de la década de 1980 y mediados de la década de 1990,³⁹⁶ México, cuya tasa de homicidios casi se triplicó entre 2007 y 2012;³⁹⁷ y Brasil, donde oficiales de policía mataron a más de 11.000 personas entre 2008 y 2013.³⁹⁸

Las intervenciones militarizadas han demostrado ser aún más problemáticas. En México, como parte de campañas militares de mano dura llevadas a cabo bajo el gobierno del presidente Felipe Calderón (2006-2012), sucumbieron más de 70.000 personas en asesinatos relacionados con las drogas, y más de 26.000 personas desaparecieron. Entre 2007 y 2010, los secuestros se incrementaron en un 188%, la extorsión, en un 100%, y el robo agravado, en un 42%.³⁹⁹ Aunque los cambios en el equilibrio de poder entre los seis principales “cárteles de la droga”, así como una mayor disponibilidad de armas provenientes de los Estados Unidos, constituyeron otros factores importantes en el aumento de la violencia en el país, la respuesta militar ciertamente agravó la situación en el terreno. Los logros militares alcanzados por el gobierno mexicano contra los “cárteles de la droga” conocidos como La Familia Michoacana y Los Zetas llevaron al surgimiento de un grupo nuevo y altamente violento, Los Caballeros Templarios. Mientras tanto, Los Zetas no fueron derrotados, sino que simplemente se desplazaron a nuevas áreas, como Monterrey, Nuevo León y otras áreas del sur del país, cerca de la frontera con Guatemala.⁴⁰⁰



Eliminación de cannabis confiscado en Costa de Marfil

Fotografía: Issouf Sanogo, AFP

Las campañas dirigidas contra los mandos de alto nivel (también conocidas como “eliminación o decapitación de líderes”) de grupos de la delincuencia organizada han demostrado ser aún menos efectivas para reducir la violencia que en el caso de las organizaciones terroristas. Cabe destacar que algunos estudios han demostrado que “la eliminación de líderes generalmente va seguida por un aumento de asesinatos relacionados con drogas”,⁴⁰¹ y que la “estructura competitiva del mercado ilícito de drogas en México ha creado el paradójico resultado de que las campañas de mano dura por parte del Estado incrementan los incentivos para que [las organizaciones de tráfico de drogas] libren una guerra por el control del territorio mediante la reducción de los costos de luchar contra la [organización de tráfico de drogas] que ha sido decapitada”.⁴⁰² Resulta interesante que arrestar a los capos pueda dar como resultado menos violencia que matarlos,⁴⁰³ y que la reducción de la violencia en el corto plazo sea aún más contundente cuando es arrestado un mando de nivel medio, en lugar de uno de alto nivel.⁴⁰⁴

Tercero, en un contexto de presiones presupuestarias, un enfoque excesivamente centrado en las acciones policiales de interdicción de drogas ha creado costos de oportunidad, desviando recursos cruciales de la prevención y la investigación hacia las fuerzas del orden. Puede decirse que, debido a ello, se han desatendido casos de asesinato, secuestro, violencia sexual y corrupción. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México calculaba que en 2013 no se había investigado casi el 94% de los delitos.⁴⁰⁵ Igualmente, desde la década de 1960, al menos 600.000 asesinatos siguen sin esclarecer en los Estados Unidos.⁴⁰⁶ En Colombia, el 95% de los 3.000 casos de asesinato de sindicalistas cometidos en los últimos 30 años siguen sin ser procesados judicialmente.⁴⁰⁷ En Guatemala, en 2012 la impunidad entre perpetradores de violación y violencia doméstica se situaba en aproximadamente un 98%.⁴⁰⁸

Cuarto, la acción policial de mano dura ha sido un factor clave en el hacinamiento de las prisiones. El encarcelamiento de quienes cometen delitos menores de drogas es algo muy controvertido, ya que afecta a las perspectivas económicas y sociales de estas personas en el largo plazo, y hace más probable su participación en el tráfico de drogas y otros tipos de delitos tras su liberación. Los ex-reclusos enfrentan escasas perspectivas de empleo, y en muchos países los programas efectivos de rehabilitación y reintegración siguen siendo una rareza (véanse los capítulos 3.4 y 3.6).

Quinto, los enfoques de mano dura han contribuido al surgimiento de una excesiva simplificación de los vínculos entre el tráfico de drogas y el terrorismo, tal como se reflejaba en el término “narcoterrorismo”. Empleado a menudo para describir situaciones que se presentan en países como Afganistán, Malí, México y Perú. El término resulta problemático en tanto que

Cuadro 1 Programas sociales en Boston y Chicago

A mediados de la década de 1990, la policía de Boston puso en marcha una de las primeras aplicaciones del concepto de disuasión de base comunitaria. La “Operación Alto el Fuego” priorizó sus acciones contra las bandas más violentas en la ciudad e involucró a líderes de la comunidad local. Una coalición de líderes religiosos organizó foros para integrantes de las pandillas, agentes de policía, ministros de las iglesias y personal de los servicios sociales, para discutir temas relevantes, y para dar a los delincuentes una oportunidad de recibir educación y capacitación a cambio de abandonar las pandillas.⁴⁰⁹ Estudios realizados encontraron que la “Operación Alto el Fuego” estuvo asociada con reducciones estadísticamente significativas en todas las series temporales, incluida una disminución del 63% en el número mensual de homicidios de jóvenes en Boston, una reducción del 32% del número mensual de llamadas relacionadas con disparos en toda la ciudad, una disminución del 25% en el número mensual de incidentes de asaltos con armas en toda la ciudad, y una reducción del 44% del número mensual de incidentes de asaltos con armas que involucraban a jóvenes en el Distrito B-2”.⁴¹⁰

Igualmente efectivas han resultado iniciativas similares en High Point (Carolina del Norte) y Santa Tecla (El Salvador).⁴¹¹ Más recientemente, intervenciones llevadas a cabo en zonas del South Side y del West Side de Chicago, dirigidas a mejorar la situación de jóvenes de bajos ingresos enseñándoles a ser menos automáticos en su comportamiento, mostraron resultados prometedores. Se empleó terapia cognitivo-conductual para ayudar a los jóvenes a superar sus dificultades mediante el cambio de su razonamiento, su conducta y sus respuestas emocionales.⁴¹² En una serie de ensayos controlados al azar, un programa llamado “Becoming a Man” (“Convertirse en hombre”), desarrollado por Youth Guidance, mostró que la “participación mejoró resultados de escolaridad y redujo los arrestos por delitos violentos en un 44%”, y “redujo los arrestos en general en un 31%”.⁴¹³

sugiere una “relación simbiótica” entre traficantes de drogas y terroristas, rara vez confirmada en la práctica. El término simplifica excesivamente una situación extremadamente compleja, y desvía la atención de otros temas importantes, como la corrupción, los abusos perpetrados por el Estado, el tráfico de armas, el

Cuadro 2 Apoyo policial a servicios de salud: Suiza, Vancouver, Australia y el Reino Unido

A inicios de la década de 1990, Suiza reformó sus políticas de drogas en torno a un enfoque de “cuatro pilares” (prevención, tratamiento, reducción de daños y aplicación de la ley), respaldado por el Consejo Federal en 1994. Las autoridades policiales, inicialmente reticentes, llegaron a aceptar el cambio de enfoque, del orden público a la salud pública. Mientras las nuevas políticas sobre drogas se desarrollaban y aplicaban, se volvieron socios paritarios con las autoridades de salud pública. Un comité intra-gubernamental sobre drogas ayudó a mejorar la comunicación y coordinación entre los servicios orientados hacia una estrategia común. Las nuevas políticas sobre drogas y la introducción de programas para la reducción de daños contribuyeron a una caída significativa del número de muertes por VIH entre personas que usan drogas desde inicios de la década de 1990 hasta 1998.⁴¹⁴

Basada en el modelo suizo, a principios de la década de 2000 surgió en Vancouver, Canadá, una estrategia similar sobre drogas. La estrategia se ha centrado en la reducción de daños, incluidas medidas como la distribución de preservativos, el intercambio de agujas y el primer espacio en Norteamérica para la inyección segura de drogas, abierto en 2003. Pese a las dificultades políticas, las autoridades policiales han respaldado en la prác-

tica a Insite, y han derivado hacia este espacio a personas que consumen heroína.⁴¹⁵ “Los protocolos entre la policía y los proveedores de servicios para la reducción de daños aseguran la aplicación de las leyes sobre tráfico de drogas; se desalienta la venta abierta de drogas, al mismo tiempo que se estimula que los consumidores de drogas accedan a los servicios que necesitan”, señalaba el Ministerio de Salud de la Columbia Británica.⁴¹⁶ Desde 2003, disminuyeron hasta sus cifras históricas más bajas los números correspondientes a muertes por sobredosis y nuevas infecciones por VIH entre personas que se inyectan drogas, y los niveles de tratamiento se han incrementado considerablemente.⁴¹⁷

Medidas aplicadas en Australia a inicios de la década de 1990 ofrecen otro ejemplo relevante de una cooperación provechosa entre las agencias de las fuerzas del orden y los servicios de salud a niveles nacional y local, incluyendo la participación de la policía en cursos para la reducción de daños, un mayor uso de discrecionalidad por parte de la policía, una implicación directa en acciones para la reducción de daños, y la creación de la Unidad de Coordinación de Programas sobre Drogas, “responsable de fomentar un enfoque de reducción de daños en la aplicación de la ley sobre drogas, tanto por parte de la policía común y corriente como de la especializada”.⁴¹⁸

Un enfoque multidisciplinario parecido surgió a mediados de la década de 1990 en el Reino Unido, involucrando la cooperación de las fuerzas del orden con autoridades a “argo del patrullaje comunitario, los servicios sociales y de salud, y el sistema de justicia. Se crearon Equipos de Acción sobre Drogas, encargados de identificar problemas, coordinar la respuesta local y reportar a las autoridades pertinentes de salud pública a nivel nacional. Ello condujo a la realización de más sesiones de capacitación sobre reducción de daños para la policía, una mayor conciencia de esta sobre sus funciones y responsabilidades, y una mayor cooperación entre los servicios.⁴¹⁹ En 2013, una Comisión Independiente sobre Drogas convocada por la alianza Safe in the City resaltó también los beneficios de colaboración entre la policía, el concejo municipal, los servicios de salud y las organizaciones comunitarias en las localidades de Brighton y Hove.⁴²⁰



Puerta delantera de Insite en Vancouver, Canadá

tráfico de personas y otros tipos de delincuencia organizada y de violencia. Sobrevalorar la importancia del tráfico de drogas en financiar el terrorismo, y del

uso de tácticas terroristas por parte de traficantes de drogas, puede llevar a políticas desproporcionadas y contraproducentes.⁴²¹

En último lugar, la severa aplicación de la ley sobre drogas ha causado violaciones generalizadas de los derechos humanos, como detenciones ilegales, participación obligatoria en tratamiento y trabajo forzado, abuso físico y sexual, así como la estigmatización moral y social de quienes cometen delitos menores relacionados con drogas, como agricultores de subsistencia⁴²² (véase el principio 1 en materia de políticas).

Asuntos legislativos y de política relacionados

A fin de abordar estas limitaciones, la aplicación de la ley sobre drogas se debe reorientar y modernizar para abordar los aspectos más nocivos del mercado ilícito de las drogas.

Priorizar la reducción de la violencia

Durante largo tiempo, las políticas nacionales sobre drogas han priorizado a cualquier costo la reducción del volumen del mercado de drogas. En lugar de ello, una manera más realista y efectiva de mitigar los daños causados por el comercio de drogas consiste en una acción policial diseñada para dar forma proactivamente a los mercados de drogas hacia formas más benignas y menos violentas, tal como lo demuestran unos eficaces programas puestos en marcha en Boston y Chicago (véase el cuadro 1). Al respecto, resultan clave acciones más contundentes sobre el número de armas en circulación y contra el tráfico de armas.

Centrarse en objetivos sociales más amplios

Poner el acento en mejorar las circunstancias socio-económicas de las poblaciones afectadas por el tráfico de drogas sería de gran ayuda para abordar algunas de las causas que originan el problema, al mismo tiempo que para mitigar las consecuencias negativas indeseadas, aunque plenamente previsibles, de la acción policial de mano dura. Experiencias recientes en Seattle ofrecen un estudio de caso relevante (véase el cuadro 1 en el capítulo 3.4).

Promover la acción policial comunitaria

La acción policial comunitaria centrada en la prevención de la delincuencia debería ser inclusiva, y acoger la participación y aportes de la población local, organizaciones de la sociedad civil y comunidades afectadas. Pueden aprenderse lecciones de la experiencia de las Unidades de Policía Pacificadora (UPP), lanzada en 2008 en Rio de Janeiro, Brasil. En particular, el objetivo de las UPP de proporcionar servicios sociales y una nueva infraestructura para impulsar el desarrollo social y económico en las *favelas* podría resultar útil en otros lugares. Sin embargo, las UPP también han sido criticadas debido a la militarización de algunas de las comunidades en las *favelas*, lo que llevó a estrictos controles policial-

Cuadro 3 Iniciativas anticorrupción en Georgia, Croacia y Sierra Leona

Un informe del Banco Mundial resaltó el número de medidas que subyacían a los logros obtenidos en Georgia: “ejercicio de firme voluntad política; establecimiento temprano de credibilidad; lanzamiento de ataque frontal; atracción de personal nuevo; limitación del papel del Estado; adopción de métodos no convencionales; estrecha coordinación; adaptación de experiencias internacionales a condiciones locales; aprovechamiento de la tecnología; y uso estratégico de las comunicaciones.”⁴²³

En Croacia, el gobierno creó un Departamento para la Eliminación de la Corrupción y la Delincuencia Organizada, un servicio especializado de encausamiento judicial. Tras un difícil comienzo, el Departamento actualmente mantiene una tasa de condenas superior al 95%, y ha procesado exitosamente a un ex primer ministro, un ex-vicepresidente, un ex-general de primera división y otros funcionarios de alto rango. Se considera que los factores clave detrás de estos avances han sido un reforzamiento de la legislación, el respaldo popular, el escrutinio de los medios de comunicación y la perspectiva de adhesión a la Unión Europea.⁴²⁴

Un informe realizado en 2013 sobre Sierra Leona señalaba que, entre las acciones anticorrupción eficaces, cabe contar la creación de instituciones específicamente dedicadas a combatir la corrupción; el desarrollo de procesos de supervisión liderados por la sociedad civil, comités parlamentarios o el poder judicial; un enfoque en educación, fiscalización y transparencia, en especial en relación con la revelación de activos y el financiamiento de partidos políticos; y la participación del sector privado (aprendiendo, por ejemplo, de la Iniciativa de Sudáfrica – Empresas Contra la Delincuencia Sudáfrica).⁴²⁵

es, pesquisas arbitrarias y asedio. Otros actores han planteado inquietudes respecto a la capacidad de las UPP para combatir realmente la violencia relacionada con las drogas; de hecho, de las 1.000 *favelas* que existen en Rio de Janeiro, solo 17 han sido pacificadas hasta ahora, a menudo llevando a los grupos de la delincuencia organizada a trasladarse a *favelas* vecinas para reanudar sus actividades.⁴²⁶ Los resultados desiguales logrados por las UPP demuestran la necesidad de contar con acciones sostenidas en el largo plazo, acompañadas de medidas como aquellas

diseñadas para reducir las desigualdades económicas y sociales, mejorar las condiciones laborales y reducir las tasas de deserción escolar.

Desarrollar la colaboración con autoridades de sectores sociales y de salud

Como parte de este nuevo enfoque, las autoridades policiales deberían trabajar en estrecha cooperación con autoridades de salud, para derivar a personas dependientes de drogas hacia tratamientos y otros servicios disponibles para la reducción de daños. En particular, resulta valiosa la consolidación de las exitosas experiencias de Suiza y Vancouver, especialmente la función de la policía para informar y dirigir a personas que se inyectan drogas hacia espacios de inyección supervisada (véase el cuadro 2). Además, es probable que la colaboración con organizaciones sociales enfocadas en la rehabilitación y reintegración, mediante el apoyo de servicios sociales, orientación vocacional, terapia conductual-cognitiva o capacitación relacionada con habilidades sociales, tenga un impacto positivo más contundente del que tendrían medidas punitivas contra quienes cometen delitos menores de drogas.

Combatir la corrupción y el lavado de dinero

Perseguir los principales factores que impulsan el comercio de drogas y la delincuencia organizada constituye una dimensión clave de un enfoque efectivo de aplicación de la ley sobre drogas. En última instancia, la corrupción es un factor principal detrás de la violencia y de la delincuencia organizada. Un esfuerzo concertado en los niveles local, regional, nacional e internacional, y el apoyo de la sociedad civil en este aspecto, resultan esenciales, y podrían beneficiarse de experiencias aprendidas previamente en Georgia, Croacia y Sierra Leona (véase el cuadro 3). Impedir que los delincuentes gasten, inviertan y escondan las ganancias del tráfico de drogas es otro elemento crucial de la respuesta por parte de las fuerzas del orden.⁴²⁷

Desarrollar capacidades de investigación y fortalecer el sistema de justicia penal

Gran parte de la asistencia extranjera e inversiones nacionales para la aplicación de la ley sobre drogas ha estado dirigida hacia capacidades de detección e interdicción. Aunque algunas de estas son necesarias, con frecuencia se ha desatendido una importante herramienta: la capacidad de las autoridades para investigar y procesar judicialmente los casos relacionados con drogas y sus redes asociadas. Ello no solo requiere combatir la corrupción al interior del gobierno, la policía y el poder judicial, sino también colocar un acento renovado en la educación, capacitación, procesos más sistemáticos e integrales de acopio de información, personal, presupuestos y cooperación internacional.

Acciones dirigidas contra mandos de nivel medio

Dirigir acciones contra autores de delitos de drogas menores delincuentes no violentos y de bajo nivel ha dado lugar a un drástico incremento de las poblaciones carcelarias, y ha tenido efectos socio-económicos negativos en el largo plazo. Las estrategias dirigidas contra los “cabecillas” para eliminar a los principales líderes a menudo tienen escaso impacto sobre el trabajo de sus organizaciones y pueden llevar a ciclos de violencia para suceder al jefe. En lugar de ello, es probable que la investigación y el arresto de los líderes de nivel medio tenga un mayor impacto sobre la reducción de la violencia, y sobre las propias organizaciones de tráfico de drogas.

Asuntos de implementación

Reformar la aplicación de la ley sobre drogas es una tarea ardua, que se ve influida por una serie de factores. Entre estos, cabe destacar:

- **La falacia de los costos hundidos**, o “la idea de que es más probable que una compañía u organización continúe con un proyecto si ya ha invertido un montón de dinero, tiempo o esfuerzo en él, incluso si continuar puede no ser la mejor opción”.⁴²⁸ En otras palabras, hemos invertido tanto dinero, tiempo y esfuerzo en el enfoque actual de aplicación de la ley sobre drogas, que reformarlo es considerado por muchos como un desperdicio o una renuncia, en tanto que las burocracias relacionadas se encuentran ahora integradas en nuestros presupuestos e infraestructuras de aplicación de la ley.
- **Un tema “intocable”**: Aunque el debate ha evolucionado de forma significativa durante años recientes en diversos países, una reforma de las estrategias para la aplicación de la ley sobre drogas sigue siendo un tema políticamente controvertido. Muchos políticos siguen reacios a defender políticas más liberales por temor a ser catalogados como “blandos ante las drogas” o “débiles ante la delincuencia”.
- **Asistencia antidrogas**: La asistencia y capacitación provenientes del extranjero también han difundido y perpetuado en todo el mundo enfoques obsoletos e inadecuados de aplicación de la ley sobre drogas.⁴²⁹

Por ende, existe una clara necesidad de trabajar con funcionarios de las fuerzas del orden, políticos, medios de comunicación y público en general para explicar que el enfoque actual no solo es en gran medida ineficaz sino también perjudicial, y dar a conocer los méritos del nuevo enfoque y de la evidencia científica en que se sustenta.

Esencialmente, el cambio solo tendrá lugar si se enmiendan los objetivos e indicadores de desempeño

Cuadro 4 Ejemplos de nuevos indicadores de desempeño para la aplicación de la ley sobre drogas

Indicadores de mercados de drogas más centrados en los resultados de operaciones de aplicación de la ley:

- Las operaciones para la aplicación de la ley, ¿han reducido la disponibilidad de una sustancia en particular para los jóvenes (medida por el nivel de consumo o la facilidad de acceso)?
- Las operaciones para la aplicación de la ley, ¿han influido en el precio o la pureza de las drogas a nivel de ventas al detalle? De ser así, ¿ha tenido ello efectos positivos o negativos sobre el mercado de drogas y sobre las personas que usan drogas?

Indicadores que miden la delincuencia relacionada con las drogas:

- ¿Se han reducido las ganancias, el poder y el alcance de los grupos de la delincuencia organizada?
- ¿Se ha reducido la violencia asociada con los mercados de drogas?
- ¿Se ha reducido el nivel de delincuencia cometida por personas para solventar su consumo de drogas, o como consecuencia de este?

Indicadores que miden la contribución de las fuerzas del orden a programas sociales y de salud:

- ¿Cuántas personas dependientes de drogas han sido derivadas por los organismos de aplicación de la ley hacia servicios para tratamiento de la dependencia de drogas?
- ¿Cuántas personas han logrado un período sostenido de estabilidad como resultado del tratamiento?
- ¿Se ha reducido el número de muertes por sobredosis?
- ¿Se ha reducido la prevalencia de VIH y hepatitis entre personas que usan drogas?

Indicadores que evalúan el entorno y los patrones de consumo de drogas y de dependencia:

- ¿Qué impacto tuvieron las actividades de aplicación de la ley sobre el entorno socio-económico de las comunidades afectadas? ¿Y sobre la percepción de las personas respecto a la seguridad y la protección?
- ¿Han cambiado los patrones de consumo de drogas y dependencia de drogas como resultado de las acciones de aplicación de la ley?

para incentivar prácticas efectivas (véase el cuadro 4). Estos objetivos e indicadores deberían dejar de centrarse en el número de incautaciones, arrestos, cultivos erradicados o extradiciones (*procesos*), sino más bien en la evidencia de menores daños asociados con el tráfico de drogas y una mejor calidad de vida (*resultados*), evaluados de manera independiente.⁴³⁰

Recursos clave

- Brookings Institution (2015), *Improving global drug policy: Comparative perspectives and UNGASS 2016*, <http://www.brookings.edu/research/papers/2015/04/global-drug-policy>
- Comisión de África Occidental sobre Drogas (2014), *No solo en tránsito: UN reporte independiente de la Comisión de África Occidental sobre Drogas*, <http://www.wacommissionondrugs.org/report/>
- Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, Instituto Internacional para Estudios Estratégicos y Chatham House (2012-2013), *Modernizar la aplicación de las leyes sobre drogas*, <http://idpc.net/es/incidencia-politica/modernizar-la-aplicacion-de-las-leyes-sobre-drogas>
- Organización de Estados Americanos (2013), *Informe sobre el problema de las drogas en las Américas*, http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf
- Werb, D., G. Rowell, G. Guyatt, T. Kerr y J. Montaner, (2011), "Effects of drug market violence: A systematic review", *International Journal of Drug Policy*, **22** (2): pp. 87-94, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(11\)00022-3/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(11)00022-3/abstract)

3.6

Políticas centradas en la salud en prisiones y otros entornos cerrados

Principales recomendaciones

- Los gobiernos deberían plantearse la posibilidad de colocar la salud en las cárceles bajo el control del Ministerio de Salud, antes que bajo los ministerios de Justicia, del Interior o de Establecimientos Correccionales
- Para diseñar políticas y programas adecuados, se requiere una comprensión del nivel y la naturaleza del consumo de drogas y la dependencia de estas sustancias entre prisioneros; los servicios se deberían diseñar, aplicar y evaluar con la participación significativa de personas que usan drogas
- Se debería desarrollar y dotar de recursos a un amplio abanico de intervenciones y programas en entornos privativos de la libertad, incluidos servicios de tratamiento y reducción de daños. Estos programas deberían tener en cuenta una perspectiva de género, y ser estrictamente evaluados y adaptados según se requiera
- Se requieren programas de intercambio de agujas y jeringas en las prisiones para evitar los riesgos relacionados con compartir accesorios para inyección. La introducción de los programas de intercambio de agujas y jeringas debería prepararse cuidadosamente, incluyendo la provisión de información y capacitación para el personal de prisión. La modalidad para la provisión de agujas, jeringas y otros accesorios (por ejemplo, manualmente o mediante una máquina dispensadora) se debería elegir en función del entorno carcelario y las necesidades de la población⁴³¹
- También se deberían proporcionar programas adicionales para reducción de daños, como programas de información y educación, distribución de naloxona, pruebas de diagnóstico del VIH y asesoramiento, tratamiento con antirretrovirales, distribución de pipas para fumar crack, etc.
- La participación de una persona en programas de tratamiento de la dependencia de drogas no debería ser usada como una razón para discriminarla
- Se deberían establecer vínculos efectivos con servicios de base comunitaria para garantizar la continuidad de la atención, de modo que se mantengan los beneficios del tratamiento iniciado antes o durante el período de reclusión.

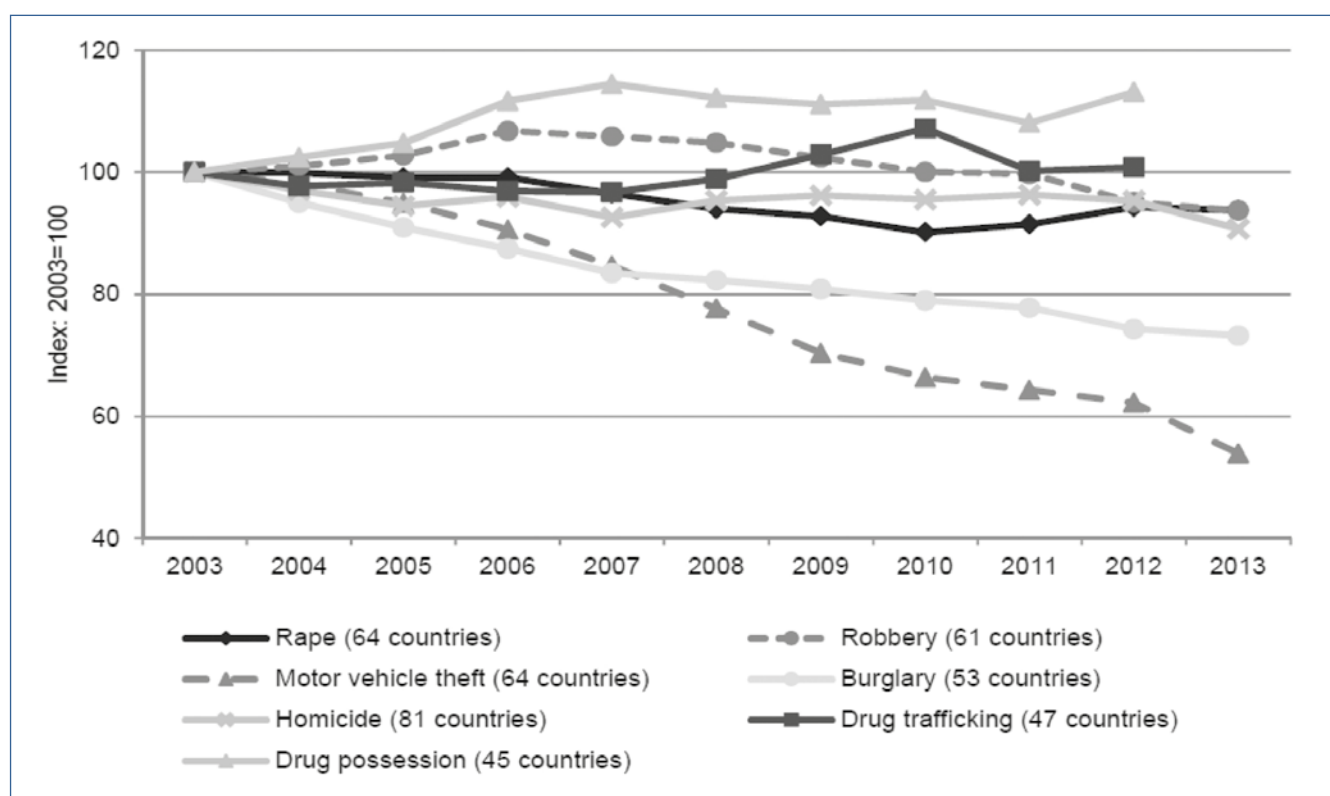
Introducción

La mejor estimación de la actual población carcelaria en el mundo es de 10,2 millones de personas, cifra que excluye al menos a 650.000 personas declaradas en detención preventiva o “administrativa” en China y otras 15.000 en Corea del Norte.⁴³² El número de personas recluidas por delitos de drogas ha venido creciendo durante las últimas décadas, independientemente de delitos como el hurto, el robo y el fraude, cometidos para obtener dinero para solventar la compra de drogas. Tal como ya se ha mencionado en capítulos anteriores de esta Guía, el incremento global de la delincuencia relacionada con las drogas se ve impulsado principalmente por un creciente número de delitos

vinculados con la posesión de drogas, y actualmente el 83% del total global de delitos vinculados con drogas se corresponde con delitos relacionados con la posesión de estas sustancias. Los delitos vinculados con el tráfico de drogas, sin embargo, han permanecido relativamente estables en el transcurso del tiempo (véase el gráfico 1),⁴³³ y la gran mayoría de los traficantes en prisión son delincuentes menores.⁴³⁴

La proporción de delitos de drogas entre prisioneras mujeres es típicamente más alta que entre sus contrapartes varones.⁴³⁵ Esta tendencia se ha atribuido a una mayor facilidad para procesar judicialmente los delitos menores,⁴³⁷ así como las desigualdades de género en la aplicación de leyes y las políticas sobre drogas.⁴³⁸

Gráfico 1. Tendencias globales de delitos seleccionados, 2003 a 2013⁴³⁸



Sin embargo, en términos generales, la gran mayoría de los prisioneros en el mundo son hombres adultos, aunque el número de mujeres encarceladas está aumentando a un ritmo mucho más acelerado que el de varones.⁴³⁹

En la mayoría de países, los prisioneros provienen de los estratos más pobres y marginalizados de la sociedad, con escasa educación, altas tasas de desempleo, y antecedentes de abuso físico o sexual, y familias y relaciones desintegradas.⁴⁴⁰ Muchos prisioneros pueden haber consumido alcohol y/o sustancias controladas como mecanismo para sobrellevar sus problemas, incluyendo para “escapar” del abuso infantil y la violencia. En la cárcel, las drogas son fácilmente disponibles, y se consumen a menudo como una evasión de la miseria, la brutalidad, la falta de privacidad, la ansiedad y la inseguridad crónica que suelen caracterizar la vida dentro de estas instituciones. El aburrimiento y la falta de actividades constructivas en prisión también pueden incrementar la probabilidad del uso de drogas.⁴⁴¹

Aunque resulta difícil obtener y comparar datos, los estudios indican que aproximadamente el 50% de los prisioneros en la Unión Europea, y más del 80% en los Estados Unidos, presentan un historial de consumo de drogas, y estos porcentajes se están incrementando.⁴⁴² Los cálculos muestran que aproximadamente una de cada tres personas detenidas han consumido drogas al menos una vez mientras se encontraban en prisión,⁴⁴³ y la prevalencia de consumo de drogas varía considerablemente según el país. También hay evidencias de que muchos prisioneros empiezan a inyectarse drogas

por primera vez en prisión.⁴⁴⁴ Aunque el porcentaje de personas que se inyectan drogas en la comunidad libre es de apenas el 0,26% de las personas entre los 15 y 64 años de edad, esta tasa es considerablemente más alta en la cárcel. Por ejemplo, un estudio descubrió que el 23% de los prisioneros en Australia se habían inyectado drogas en algún momento dentro de la prisión, al igual que el 39% de los prisioneros varones en Bangkok, Tailandia.⁴⁴⁵

Aunque la tasa de infecciones en prisiones varía considerablemente dentro de cada país y entre ellos, la prevalencia del VIH, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la hepatitis B y C, así como de la tuberculosis, es mucho más alta en poblaciones carcelarias en comparación con la población en general. Se ha encontrado que la prevalencia del VIH es 50 veces más alta en algunos entornos carcelarios en comparación con la población en general.⁴⁴⁶ En Europa, la Organización Mundial de Salud (OMS) estimaba que 1 de cada 4 personas detenidas (aproximadamente 2,2 millones de personas) vive con hepatitis C, en comparación a 1 por cada 50 en la comunidad más amplia.⁴⁴⁷ En la misma línea, la prevalencia de tuberculosis es “muchas veces mayor” en las prisiones que en la población en general.⁴⁴⁸ Aunque es difícil encontrar estadísticas, en 2006 se estableció que era 17 veces más probable infectarse de tuberculosis en prisiones europeas que entre la población en general y, en Europa del Este, hasta 81 veces más probable.⁴⁴⁹

Compartir agujas y jeringas es un factor crucial en la difusión de enfermedades de transmisión sanguínea en la cárcel, impulsado por la falta de disponibilidad

de equipos esterilizados mediante servicios para la reducción de daños, y el temor a la detección del consumo de drogas. Algunas estadísticas muestran que un alto porcentaje de prisioneros que se inyectan drogas comparten agujas y otros accesorios para inyección: por ejemplo, el 56% en Pakistán, el 66% en Rusia, el 70-90% en Australia, el 78% en Tailandia, y entre el 83% y el 92% en Grecia.⁴⁵⁰ Otros factores para la transmisión de infecciones incluyen la violación y la violencia sexual, así como la actividad sexual consensuada no protegida. Donde el uso de drogas se encuentra particularmente estigmatizado, quienes se encuentran en la base de la jerarquía informal en la prisión son más propensos a ser víctima de estos ataques.⁴⁵¹

Sobre la base de estos datos, resulta evidente que las prisiones son un lugar inadecuado para lidiar con el consumo y la dependencia de drogas; más bien, estos entornos dan lugar a riesgos de salud adicionales, más aún cuando las cárceles se encuentran hacinadas y están infradotadas. En consecuencia, existen una serie de razones por las que es esencial contar con políticas efectivas sobre prisiones, independientemente de la necesidad de reformas a las políticas sobre drogas más amplias que se proponen apartar de las prisiones, en primer lugar, a quienes cometen delitos menores relacionados con drogas (véanse los capítulos 3.1 a 3.4):

- **Salud pública:** Las cárceles constituyen un lugar inadecuado para lidiar con el uso y la dependencia de drogas,⁴⁵² y más bien incuban problemas de salud como los virus de transmisión sanguínea y las sobredosis de sustancias. Estos problemas de salud no se encuentran encapsulados para siempre, sino que impactan sobre el resto de la comunidad en tanto que el personal de la cárcel, los proveedores

de servicios y los visitantes entran y salen del espacio institucional, y en última instancia cuando los prisioneros son liberados. En consecuencia, una atención de salud eficaz en la prisión es de vital interés para la sociedad.

- **Compromisos en materia de derechos humanos:** Los compromisos internacionales en materia de derechos humanos incluyen el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental,⁴⁵³ y los prisioneros conservan sus derechos humanos mientras se encuentran detenidos. Los gobiernos tienen una responsabilidad particular con respecto a aquellas personas a quienes privan de su libertad.
- **Mejorar el tratamiento para la dependencia de drogas y prevenir la reincidencia:** Un tratamiento eficaz de la dependencia de drogas en las prisiones –incluida la terapia de sustitución de opioides (TSO)– mejora los resultados de salud y puede ayudar a prevenir el retorno a la delincuencia después de la liberación.⁴⁵⁴ Sin tratamiento y sin una continuación de la atención, la evidencia demuestra una alta tasa de sobredosis, recaída en el uso de drogas, y reincidencia en el delito entre las personas que usan drogas tras su liberación de la cárcel.⁴⁵⁵
- **Economía:** Responder a la delincuencia relacionada con las drogas, la sobredosis y las infecciones de transmisión sanguínea puede resultar muy caro, en particular para enfermedades como el VIH, que son crónicas y pueden requerir tratamiento para toda la vida. Por ello, hay poderosos argumentos económicos para tomar medidas de reducción de daños y de tratamiento basado en pruebas empíricas para la dependencia de drogas, tanto en las prisiones como en entornos comunitarios.



Cárcel de Bandung, Indonesia

Fotografía: International HIV/AIDS Alliance



Unidad médica en una prisión en Kazajistán

Asuntos legislativos y de política relacionados

El derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental se encuentra consagrado en el artículo 12 del Pacto *Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*,⁴⁵⁶ y se refleja en el Principio 9 de los principios básicos para el tratamiento de los reclusos.⁴⁵⁷ El derecho a la salud no puede recortarse debido a que una persona sea sorprendida consumiendo drogas o porque vaya a prisión.⁴⁵⁸

Los Estados tienen la obligación particular de atender a quienes se encuentran detenidos, en tanto que los reclusos no tienen alternativa excepto depender de las autoridades carcelarias para promover y proteger su salud.⁴⁵⁹ El Relator Especial sobre la tortura ha sostenido que el Estado “debe prestar una atención médica adecuada, requisito material mínimo e indispensable para ofrecer un trato humano a las personas bajo su custodia”, y que “estas omisiones de las autoridades pueden equivaler a malos tratos e incluso tortura”.⁴⁶⁰

Las personas bajo custodia tienen derecho al mismo nivel de atención de la salud disponible fuera de las prisiones, incluida aquella referida a la prevención, reducción de daños y terapia con antirretrovirales (ART).⁴⁶¹ El Relator Especial sobre el derecho a la salud ha aclarado que se viola este derecho cuando los servicios para la reducción de daños y los programas de tratamiento de base empírica están disponibles para el público en general, pero no para las personas en situación de detención.⁴⁶²

Las directrices más completas sobre la atención de salud en las prisiones se encuentran en las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento

de los reclusos, en su versión enmendada, también conocidas como las Reglas Mandela (Reglas 24 a 35).⁴⁶³ Las Reglas enmendadas clarifican que la provisión de atención de salud para los prisioneros constituye una responsabilidad del Estado, libre de costo y de discriminación por razones de condición legal (Regla 24).⁴⁶⁴ Los mismos estándares se aplican tanto en prisión como en la comunidad (basados en el principio de equivalencia de la atención), y los servicios de salud en prisión deben estar organizados “de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia” (Regla 24). Las Reglas enmendadas también invocan a prestar una atención especial

Cuadro 1 Principios para la provisión de atención de salud en prisión

- Responsabilidad del Estado
- Sin discriminación
- Equivalencia de la atención de salud
- Independencia clínica
- Mismos principios éticos que en la comunidad
- Chequeo médico en la admisión
- Tratamiento para la dependencia de drogas
- Atención de la salud mental
- Continuidad de la atención

a los reclusos “en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación” (Regla 25). El papel del personal de salud consiste en evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los prisioneros, mediante “un equipo interdisciplinario con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica” (Regla 25, véanse también las Directrices sobre doble lealtad,⁴⁶⁵ la Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial⁴⁶⁶ y las Reglas de la ONU para el tratamiento de mujeres prisioneras, conocidas como “Reglas de Bangkok”).⁴⁶⁷

El personal de salud en las cárceles está sujeto a los mismos estándares éticos y profesionales que se aplican a los pacientes en la comunidad, como el respeto a la autonomía de los prisioneros respecto a su propia salud, el consentimiento informado en la relación entre médico y paciente, y la confidencialidad de la información, a menos que mantener tal confidencialidad resulte en una amenaza real e inminente para el paciente o para otras personas (Regla 32, véase también el Comentario general N° 14 del Comité de la ONU sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales).⁴⁶⁸ La información es una condición previa para que los prisioneros puedan otorgar su consentimiento informado para intervenciones médicas. Tal como ha enfatizado el Relator Especial sobre el derecho a la salud, “el consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada”.⁴⁶⁹

La atención de salud profesional requiere el mantenimiento de archivos médicos. Sin embargo, la confidencialidad de dicha información se refleja en la Regla Mandela 26, incluido el acceso de los prisioneros a la información, y el deber de transferir los archivos médicos a otra institución junto con el prisionero.

La ausencia de disposiciones con perspectiva de género en relación a la atención de salud en entornos carcelarios ha sido reconocida y rectificada por la adopción de las Reglas de Bangkok.⁴⁷⁰

Aunque las Reglas Mandela y las Reglas de Bangkok no constituyen tratados legalmente vinculantes, tienen el peso de ser estándares unánimemente adoptados a nivel internacional. A nivel regional, se han incorporado disposiciones sobre la atención de la salud en las prisiones a las normas carcelarias europeas,⁴⁷¹ y a los Principios y Buenas prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas.⁴⁷²

La OMS y la ONUDD han estado a la vanguardia del desarrollo de directrices relacionadas con la atención de la salud y el tratamiento de la dependencia de drogas para prisioneros (véanse los Recursos clave más adelante). Las directrices de la OMS⁴⁷³ sobre sustancias controladas han recibido el respaldo de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la

cual también recomendó en 2007 que “los gobiernos tienen la responsabilidad de (...) prestar servicios adecuados a los autores de delitos de drogas (ya sea en los servicios de tratamiento o en la cárcel)”.⁴⁷⁴

Asuntos de implementación

Las autoridades carcelarias se han centrado, por lo general, en prevenir el consumo de drogas en las cárceles mediante estrictas medidas de seguridad y programas de detección del uso de drogas, al mismo tiempo que

Cuadro 2 El paquete integral de intervenciones de la ONU en las prisiones⁴⁷⁵

El paquete integral consiste en 15 intervenciones esenciales para una prevención y tratamientos efectivos del VIH en entornos de reclusión. Aunque cada una de estas intervenciones por sí sola resulta útil para abordar el VIH en las prisiones, tienen el mayor impacto cuando el paquete se ofrece en su conjunto. Aunque no es en modo alguno “exhaustivo”, este paquete es un buen primer paso para abordar el VIH en entornos de reclusión.

1. Información, educación y comunicación
2. Programas de distribución de preservativos
3. Prevención de la violencia sexual
4. Tratamiento de la dependencia de drogas, incluida terapia de sustitución de opioides
5. Programas de agujas y jeringuillas (PAJ)
6. Prevención de la transmisión a través de servicios médicos o dentales
7. Prevención de la transmisión a través de tatuajes, perforaciones en el cuerpo y otras formas de penetración cutánea
8. Profilaxis post-exposición
9. Pruebas de detección del VIH y asesoramiento sobre el virus
10. Tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH
11. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
12. Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo
13. Prevención y tratamiento de ETS
14. Vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral
15. Protección del personal respecto a riesgos ocupacionales



Prisión El Buen Pastor en Bogotá, Colombia

dedican escasa atención y recursos a la provisión de atención de la salud, el tratamiento de la dependencia de drogas y los programas de reducción de daños. Los países que se centran en las pruebas obligatorias para la detección del consumo de drogas⁴⁷⁶ sostienen que esta medida disuade a los prisioneros de consumir drogas en la cárcel y les permite identificar a personas que requieren tratamiento. Sin embargo, en la práctica se ha presentado una serie de problemas, como la desviación de recursos financieros y de personal que debían estar orientados a tratamientos basados en evidencias y servicios de prevención; efectos negativos sobre el régimen carcelario,⁴⁷⁷ y el riesgo de que los prisioneros desplacen su consumo hacia drogas más dañinas que no están incluidas en las pruebas o que son más difíciles de detectar (por ejemplo, los prisioneros pueden pasar a consumir heroína o nuevas sustancias psicoactivas en lugar de cannabis, ya que este último puede ser detectado en el organismo durante un período de tiempo más prolongado).⁴⁷⁸

Aplicar un paquete integral de servicios en prisión

Un paquete integral recomendado por la ONUDD, la Organización Internacional de Trabajo (OIT), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la OMS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para la prevención, tratamiento y atención de la infección por VIH en la cárceles y otros entornos de reclusión se compone de 15 intervenciones clave (véase el cuadro 2).⁴⁷⁹

El paquete integral consiste en 15 intervenciones esenciales para una prevención y tratamientos efectivos del VIH en entornos de reclusión. Aunque cada una de estas intervenciones por sí sola resulta útil para abordar el VIH en las prisiones, tienen el mayor impacto cuando el paquete se ofrece en su conjunto. Aunque no es en modo alguno “exhaustivo”, este paquete es

un buen primer paso para abordar el VIH en entornos de reclusión.

Una combinación de medidas que aborden el consumo de drogas, la dependencia de estas sustancias y los riesgos para la salud relacionados en prisión incluye:

Educación e información – Dado que los prisioneros suelen proceder de los sectores más marginalizados de la sociedad y pueden haber tenido un acceso limitado a la atención de salud antes de ser encarcelados, es menos probable que estén informados sobre temas de salud y riesgos de infección. Sin embargo, la difusión de enfermedades infecciosas solo puede prevenirse si los prisioneros reciben información sobre medios de protección y prevención formulados en un estilo apropiado a sus habilidades lingüísticas y su nivel educativo. La educación en salud también ha demostrado que la educación mejora la adherencia al tratamiento y eleva la incidencia de cura.⁴⁸⁰ Algunas administraciones carcelarias han empleado vídeos educativos o charlas para brindar educación sobre salud, lo que ha llevado a mayores niveles de conciencia. El material de información debe desarrollarse en consulta con los prisioneros y personal de la cárcel, pues ello “hace la información más sensible y apropiada al contexto carcelario, incrementa la sensación de apropiación por parte de los prisioneros y contribuye a la continuidad del programa”.⁴⁸¹

Tratamiento de la dependencia de drogas – Al contar en todo momento con un gran número de personas dependientes de drogas en situación de reclusión, las prisiones pueden ser un entorno eficaz para realizar una serie de programas de tratamiento de base empírica (para más información sobre tratamiento, véase el capítulo 2.5). La terapia de sustitución de opioides (TSO) “particularmente con metadona y

buprenorfina” ha demostrado ser factible y beneficiosa en un amplio abanico de entornos carcelarios para personas dependientes de opioides. Sin embargo, en 2014 solo 43 países brindaban la TSO en entornos carcelarios.⁴⁸² La TSO ha demostrado reducir las tasas de uso de heroína, reducir la inyección de drogas, reducir el uso compartido de equipos de inyección, reducir las tasas de sobredosis mortal (especialmente después de la liberación de prisión), incrementar el cumplimiento de la terapia con antirretrovirales y reducir las tasas de re-encarcelamiento.⁴⁸³ Por ejemplo, una evaluación de 21 estudios sobre TSO en prisiones descubrió que esta brindaba una manera efectiva de incorporar a las personas en programas de tratamiento, reducir conductas de riesgo y reducir los riesgos de sobredosis tras la liberación. También se descubrió que los programas en la cárcel aseguraban beneficios de más largo plazo allí donde existían vinculaciones con programas de base comunitaria⁴⁸⁴ (véanse también las Recomendaciones de Madrid).⁴⁸⁵ Los programas de tratamiento para la dependencia de drogas mostraron efectos positivos adicionales sobre el comportamiento institucional y la reducción de la violencia.⁴⁸⁶ Sin embargo, al igual que en la comunidad, debe prestarse más atención a opciones para el tratamiento de sustitución en los casos de dependencia de estimulantes (para más información, véase el capítulo 2.5).

Diversos estudios han reconocido asimismo que otras formas de tratamiento, como la terapia psico-social, son efectivas para reducir la dependencia de drogas en las prisiones.⁴⁸⁷ Se ha demostrado que los programas terapéuticos estructurados ayudan a una parte de los prisioneros a abandonar su dependencia de las drogas, con las consiguientes reducciones en cuanto a delincuencia y problemas de salud. Las autoridades carcelarias deberían proponerse ofrecer un rango completo de programas de tratamiento basados en pruebas empíricas, en base a los siguientes principios:

- Debe contarse con procedimientos de selección para identificar a quienes requieren tratamiento, al mismo tiempo que se respeta el principio de consentimiento informado⁴⁸⁸
- Siempre y cuando los programas de tratamiento ofrecidos sean voluntarios, humanos y de buena calidad, es probable que los prisioneros participen
- Los programas deben organizarse de modo que los prisioneros puedan transitar entre los servicios durante su permanencia en la cárcel, de acuerdo a sus necesidades y cuando ellos decidan hacerlo
- Las tasas de cumplimiento y éxito del tratamiento para la dependencia de drogas en las cárceles pueden mejorar vinculando este avance en el tratamiento a incentivos para los prisioneros, como la consideración para libertad anticipada
- Debe prestarse cuidadosa atención a la continuidad

Cuadro 3 Programa para la reducción de daños en prisiones en Moldavia

En Moldavia, la TSO para prisioneros que son dependientes de drogas fue introducida en 2005, y los beneficiarios recibían metadona diariamente en la farmacia de la prisión después de firmar en un registro. También existe un programa de agujas y jeringas en la cárcel.⁴⁸⁹ La investigación documentó una reducción de las sobredosis⁴⁹⁰ y un impacto positivo del tratamiento sobre la salud y el bienestar general de los prisioneros.⁴⁹¹ Los problemas iniciales del programa se han resuelto, por ejemplo, mediante la provisión de información específica sobre salud y seguridad para el personal penitenciario, incluido el tipo y el ámbito de riesgos para dicho personal.⁴⁹² Las inquietudes sobre el uso de metadona para sobornar a personal médico o a los prisioneros han sido abordadas con éxito mediante la administración de la metadona bajo estricta supervisión, así como mediante la autorregulación por parte de los participantes del programa.

En 2009, más de dos tercios de los prisioneros adultos condenados tenían acceso a servicios para la reducción de daños en las cárceles de Moldavia, y los resultados han sido totalmente positivos. Ha disminuido la incidencia de VIH y de hepatitis C, no ha habido casos registrados de agujas utilizadas como armas contra personal penitenciario u otros prisioneros, y el consumo de drogas no se ha incrementado.⁴⁹³

del tratamiento al ingresar a la cárcel y tras salir de ella

- El éxito del tratamiento y de la recuperación no debe ser entendido únicamente como la abstinencia del consumo de drogas. Debe alentarse a las personas a identificar en qué consiste su propia recuperación y esforzarse por lograrla, la cual puede o no requerir de abstinencia, pero que siempre incluirá pasos progresivos para mejorar su salud y bienestar (véase el capítulo 2.5).

Programas de agujas y jeringuillas (PAJ) – Aunque ha habido gran renuencia a introducir los PAJ en entornos carcelarios, los programas que entrañan la distribución de equipo esterilizado para inyección a personas que se inyectan drogas han resultado efectivos para prevenir la infección con VIH y hepatitis. Los temores respecto a estos programas incluían la posibilidad de que los prisioneros utilicen las agujas

como armas contra el personal carcelario u otros prisioneros, que las agujas descartadas supongan un riesgo de infección, y que la disponibilidad de agujas y jeringas esterilizadas incremente la prevalencia de la inyección de drogas en las prisiones. Sin embargo, en la práctica estas inquietudes no se han materializado, y los resultados de estos programas han sido muy positivos para reducir la práctica de compartir equipos para inyectarse drogas.⁴⁹⁴ A pesar de ello, en 2014 solo 8 países ofrecían los PAJ en las cárceles (3 menos que en 2012), en comparación con 90 países donde tales programas estaban disponibles en la comunidad.⁴⁹⁵ La ONUDD, la OMS y ONUSIDA recomiendan que tanto los PAJ como las TSO sean accesibles en las prisiones.⁴⁹⁶

Acceso a medidas para sexo más seguro – Varios países, incluyendo los de Europa Occidental, de parte de Europa Oriental y de Asia Central, así como Australia, Canadá, Indonesia, la República Islámica de Irán,⁴⁹⁷ Sudáfrica y los Estados Unidos, brindan acceso gratuito a preservativos en entornos carcelarios.⁴⁹⁸ Investigaciones realizadas en una cárcel del condado de Los Ángeles encontraron que la distribución de preservativos previno una cuarta parte de las transmisiones de VIH entre reclusos sexualmente activos, y que los futuros gastos médicos no incurridos excedían con mucho los costos del programa.⁴⁹⁹ No se reportaron problemas de seguridad u otras consecuencias negativas, y la evidencia muestra que la provisión de preservativos no ha llevado a un incremento de situaciones que involucren problemas de seguridad, actividad sexual o consumo de drogas.⁵⁰⁰ Medidas adicionales también han incluido la provisión de programas de información, educación y comunicación para reclusos y personal de la prisión sobre ETS, que consistían en sesiones de asesoramiento y pruebas voluntarias de detección para prisioneros, o medidas para prevenir la violación, la violencia sexual y la coerción.

Programas de vacunación – Existen vacunas efectivas para proteger a las personas contra la hepatitis B, y el encarcelamiento sí brinda una oportunidad para alentar a las personas a recibir esta vacuna. Sin embargo, los planes de vacunación deben seguir siendo voluntarios.⁵⁰¹ El Reino Unido, por ejemplo, estableció un programa de “exclusión voluntaria” para la prueba de detección de la hepatitis B en las cárceles, según el cual se ofrecía a todos los prisioneros la oportunidad de pasar la prueba para detectar la infección, y se recomendaba que todos los prisioneros fueran vacunados contra la hepatitis B.⁵⁰² Las administraciones de la mayoría de las cárceles que han gestionado programas de vacunación contra la hepatitis A y B dirigidos a prisioneros que usan drogas reportan altos niveles de participación y adherencia.

Establecer responsabilidades/manejo de prisiones

Actualmente, se suele reconocer que los servicios de

Cuadro 4 Programa para reducción de daños en prisiones en España disminuye las infecciones por VIH y hepatitis C

A fines de la década de 1990, se reportaba que la tasa de infecciones por VIH entre prisioneros que se inyectaban drogas en España se encontraba alrededor del 30%, una de las más altas en Europa. Por consiguiente, el país lanzó un programa de prevención y control para enfermedades transmisibles en la prisión, con un correlato en la comunidad. Se adoptó un enfoque integral para la reducción de daños, basado en pruebas voluntarias de detección, confidencialidad, distribución gratuita de preservativos, TSO, PAJ, educación sobre salud, capacitación a los prisioneros como facilitadores de salud, y libertad condicional para prisioneros en situación de enfermedad terminal.⁵⁰³

El impacto fue significativo. España ha reportado que la prevalencia del VIH entre los prisioneros cayó del 22,4% en 1995 al 6,3% en 2011,⁵⁰⁴ y en una cárcel en particular, en la región de Ourense, una evaluación de 10 años de aplicación de un PAJ encontró que, entre 1999 y 2009, la prevalencia de la infección por VIH se redujo del 21% al 8,5%, y la de la hepatitis C bajó del 40% al 26,1%.⁵⁰⁵

salud en las prisiones deben estar integrados en las políticas y sistemas nacionales de salud pública.⁵⁰⁶ También se reconoce cada vez más que esto puede hacerse de la manera más efectiva, y que se alcanza mejor la continuidad de la atención cuando el Ministerio de Salud asume la responsabilidad de la atención de salud en la prisión.⁵⁰⁷ El personal de atención de la salud en los servicios penitenciarios puede no estar suficientemente actualizado respecto a los avances clínicos y profesionales en la sociedad más amplia, puede carecer de independencia o puede no gozar de la confianza de los reclusos.⁵⁰⁸ Países como Italia, Noruega, Francia, Inglaterra y Gales, y la mayor parte de Nueva Gales del Sur en Australia, ya han dado este paso, con resultados por lo general positivos.⁵⁰⁹

Garantizar una perspectiva de género

Se ha encontrado consistentemente que la dependencia de las drogas ha estado sobrerrepresentada en la población de mujeres encarceladas, en comparación con la población en general.⁵¹⁰ Ello está vinculado con los antecedentes de estas mujeres, como las altas tasas

de violencia doméstica y sexual que pueden haber experimentado antes de su arresto y detención.⁵¹¹

El VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y sanguínea son también más prevalentes entre prisioneras mujeres que entre sus contrapartes varones,⁵¹² debido a la combinación de la desigualdad de género, el estigma y la mayor vulnerabilidad de las mujeres a contraer ETS, un limitado acceso a la información, y servicios de salud inadecuados.⁵¹³ Este telón de fondo, así como las diferencias psicológicas, resultan en necesidades de atención de la salud mayores y diferenciadas, y ello significa que, para ser efectivos, el tratamiento para la dependencia de drogas y otras medidas deben ser sensibles al género. Los programas de tratamiento deben tomar en cuenta la victimización previa, los antecedentes culturales diversos, cualquier historial de abuso o violencia doméstica, problemas de salud mental comunes entre prisioneras mujeres, y las necesidades especiales de mujeres embarazadas, así como de mujeres acompañadas de sus hijos. Sin embargo, muchos sistemas carcelarios discriminan a las mujeres en lo concerniente al tratamiento de la dependencia de drogas y programas de reducción de daños, es decir, estos solo se brindan en prisiones para varones.⁵¹⁴ Cuando estos programas existen, a menudo no están diseñados específicamente para mujeres.⁵¹⁵

La Regla 6 de Bangkok⁵¹⁶ recomienda que el chequeo de salud para las prisioneras mujeres incluya “la presencia de problemas de toxicomanía” y “la presencia de enfermedades de transmisión sexual o de transmisión sanguínea”. Dependiendo de los factores de riesgo, se debe ofrecer también a las prisioneras mujeres pruebas voluntarias de detección del VIH y de otras enfermedades de transmisión sanguínea, acompañadas de consejería previa y posterior a la prueba.

Las diferencias de género en cuanto a uso y dependencia de drogas, y complicaciones relacionadas, son reconocidas por la Regla de Bangkok 15, la cual resalta la necesidad de contar con “programas de tratamiento especializado del uso indebido de drogas para las mujeres”. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) ha recomendado también que los Estados brinden servicios de tratamiento sensibles al género y basados en evidencias para la dependencia de drogas, así como programas para la reducción de daños, para mujeres en reclusión.⁵¹⁷

En relación al VIH, la Regla 14 de Bangkok recomienda programas orientados “a las necesidades propias de las mujeres, incluida la prevención de la transmisión de madre a hijo – y alienta – la elaboración de iniciativas sobre la prevención, el tratamiento y la atención del VIH, como la educación por homólogos”. Medidas adicionales deben incluir grupos de apoyo sensibles al género, educación sobre drogas y programas psico-sociales.

Cuadro 5 Cárcel de mujeres Lichtenberg en Berlín, Alemania

Al ingresar a la cárcel de Lichtenberg, cada mujer recibe un equipo para reducción de daños, que incluye un recipiente de plástico que contiene ácido ascórbico (que se emplea en la preparación de drogas que se inyectan), toallitas con alcohol, ungüento para las venas, y una aguja “ciega” o “falsa” para usar en la máquina dispensadora de agujas esterilizadas (que requiere que se deposite una aguja usada para dispensar otra esterilizada).⁵¹⁸ Estas máquinas dispensadoras permiten a las reclusas obtener jeringas esterilizadas de manera anónima.⁵¹⁹ Las jeringas, almacenadas adecuadamente en cajas de plástico, están permitidas en la prisión. Sin embargo, toda reclusa a quien se le encuentre una aguja mal almacenada o escondida, o que tenga en su poder más de una aguja, es sometida a sanciones.⁵²⁰ Una evaluación realizada en 2013 encontró que no se habían producido aumentos en el consumo de drogas o la inyección de drogas, y la práctica de compartir agujas se ha reducido de manera considerable.⁵²¹

La prisión brinda también un enfoque integral hacia la dependencia de drogas. Existe una “unidad de adicción a las drogas” que está dividida en una unidad básica y las llamadas unidades “motivada” y “sustituida”. Normalmente, al ser recluidas, las mujeres que dependen de drogas llegan a la unidad básica. Durante la fase de “orientación”, se las alienta a abordar su consumo de drogas. Las mujeres pueden solicitar su ingreso en la unidad “motivada”, que se divide en dos niveles: uno para mujeres que están en el programa de TSO, y otro para mujeres que se abstienen de consumir drogas (donde todas las mujeres deben participar en pruebas de orina para la detección del consumo, como prueba de abstinencia).

Prevenir las sobredosis

La sobredosis de drogas constituye una experiencia común para muchas personas que consumen drogas, especialmente opioides, y es una causa principal de muerte entre personas que se inyectan drogas. El período inmediatamente posterior a la liberación de la cárcel entraña un riesgo significativo de sobredosis (letal).⁵²² Ello se debe a que los ex-prisioneros pueden reanudar el consumo de dosis similares a las que tomaban antes de su detención, cuando sus cuerpos ya no pueden sobrellevar esas cantidades debido a una

tolerancia reducida como producto de la abstinencia, de un consumo reducido o del consumo de otras drogas mientras se encontraban en prisión.⁵²³ Por ejemplo, un estudio realizado en el Reino Unido mostraba que, en comparación a la población en general, los prisioneros varones presentaban una probabilidad 29 veces mayor, y las prisioneras mujeres 69 veces mayor, de morir de sobredosis durante la semana posterior a su liberación.⁵²⁴ En otro estudio realizado en prisiones del estado de Washington, se encontró que los ex-prisioneros tenían 129 veces más probabilidades que sus contrapartes en la población en general de morir de sobredosis durante las primeras dos semanas después de ser liberados.⁵²⁵

Debido a este elevado riesgo, los servicios carcelarios deberían tratar de brindar capacitación e información sobre prevención de la sobredosis y respuesta de emergencia, tanto para quienes consumen drogas como para el personal de la cárcel. Al momento de liberar a los reclusos y/o mientras se encuentran en la cárcel, quienes consumen opioides deben recibir también naloxona, considerada como un medicamento esencial por la OMS, la cual revierte de manera rápida y segura la depresión respiratoria producida por una sobredosis de opioides (para más información, véase el capítulo 2.4).

Abordar temas post-liberación

Al ser transferido a una prisión, o al ser liberado de esta, es esencial la continuidad de los programas relacionados con drogas, particularmente la TSO, para asegurar que las personas que han dejado de usar drogas no recaigan en el consumo ni sufran una sobredosis, que un ex-prisionero no sufra síndrome de abstinencia de opioides, y que quienes se encuentran en terapia de antirretrovirales y otras formas de medicación no desarrollen resistencia a tales medicaciones si su tratamiento se interrumpe repentinamente.

Tal como lo ha dispuesto la ONUDD, ONUSIDA y la OMS, “con el fin de garantizar que no se pierdan los beneficios del tratamiento (...) iniciado antes de la reclusión o a lo largo de esta, así como para prevenir la aparición de resistencia a la medicación, debe preverse lo necesario para (...) continuar esos tratamientos sin interrupción”.⁵²⁶ Esta continuidad de la atención se logra de la mejor manera cuando los servicios de la comunidad pueden prestar apoyo a un prisionero en custodia y tras su liberación, y acompañarle en su reincorporación a la comunidad.⁵²⁷ Diversos estudios han sugerido que se requiere un seguimiento de la atención para optimizar los efectos del tratamiento brindado en la cárcel para la dependencia de drogas sobre la reducción de la reincidencia en delitos de drogas.⁵²⁸ La continuidad de la atención requiere asimismo que, tras la liberación de un prisionero, su expediente médico le siga al servicio de salud pública relevante (véase la Regla Mandela 26).

Recursos clave

- Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2004), *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*, https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014), *A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings* (copia de prensa), https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRI-SON_AUG_2014.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014), *Handbook on women and imprisonment, 2nd edition with reference to the United Nations Rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders (The Bangkok Rules)*, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012), *Notas sobre políticas: Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones*, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Comprehensive_Package_-_Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008), *HIV and AIDS in places of detention – A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*, <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *Good governance for prison health in the 21st century: A policy brief on the organization of prison health*, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2009), *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings*, <http://www.who.int/publications/clinical-guidelines-for-withdrawal-management-and-treatment-of-drug-dependence-in-closed-settings>

www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/clinical_guidelines_close_setting_wpro.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2014), *Health interventions for prisoners – Update of the literature since 2007*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128116/1/WHO_HIV_2014.12_eng.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2007), *Evidence for action technical papers – Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments*, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf
- Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prisons*, https://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf

Notas de fin de página: Capítulo 8

232. En muchos países, el uso de drogas sigue estando criminalizado, aunque las convenciones de drogas de la ONU ofrecen una flexibilidad considerable al permitir que se usen medidas sociales y sanitarias además de las sanciones penales o en lugar de estas en el caso de personas que usan drogas y autores de delitos que experimentan una dependencia de drogas
233. Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal (2014), *Tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativas a la prevención del delito y la justicia penal*, E/CN.15/2014/5, https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_23/E-CN15-2014-05/E-CN15-2014-5_S.pdf
234. En su Informe Mundial sobre las Drogas 2015, la UNODC declaraba que “en realidad el consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable”. Véase: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
235. Comisión Global de Políticas de Drogas (junio de 2012), *La Guerra contra las Drogas y el VIH/SIDA: Cómo la Criminalización del Uso de Drogas fomenta la Pandemia Global*, http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_SP_v3.pdf; Comisión Global de Políticas de Drogas (mayo de 2013), *The negative impact of the war on drugs on public health: The hidden hepatitis C epidemic*, http://www.globalcommissionondrugs.org/hepatitis/gcdp_hepatitis_english.pdf; Count The Costs (abril de 2013), *La Guerra contra las Drogas: Amenazando la salud pública, difundiendo enfermedades y muerte*, http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Health_Spanish.pdf
236. Godwin, J. (2016), *A public health approach to drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>
237. Para más información, véase: Eastwood, N., Shiner, M. y Bear, M. (2014), *The numbers in black and white: Ethnic disparities in the policing and prosecution of drug offences in England and Wales* (Londres: Release), <http://www.release.org.uk/node/286/>; American Civil Liberties Union (junio de 2013), *The war on marijuana in black and white: Billions of dollars wasted on racially biased arrests*, <https://www.aclu.org/report/war-marijuana-black-and-white?redirect=criminal-law-reform/war-marijuana-black-and-white-report>; Drug Policy Alliance (febrero de 2014), *The drug war, mass incarceration and race*, <http://www.drugpolicy.org/resource/drug-war-mass-incarceration-and-race>
238. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2015), *The gap report*, http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report
239. Organización Mundial de la Salud (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
240. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Discussion-Paper--Addressing-the-Development-Dimensions-of-Drug-Policy.pdf>
- 241.
242. ONU Mujeres (2015), *A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes*, https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf
243. Organización de los Estados Americanos (2013), *El problema de las drogas en las Américas*, http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf
244. Transform Drug Policy Foundation (17 de agosto de 2015), *All these experts and agencies say: Don't treat drug users as criminals. It's time politicians listened*, <http://www.tdpf.org.uk/blog/all-these-experts-and-agencies-say-dont-treat-drug-users-criminals-its-time-politicians>
245. Véase: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2015), *Comparing models of decriminalization, an e-tool by IDPC*, <http://www.idpc.net/publications/2015/03/comparing-models-of-decriminalization-an-e-tool-by-idpc/>

- decrim.idpc.net/; Fox, E., Eastwood, N. y Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe*, Version 2, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
246. Godwin, J. (2016), *A public health approach to drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>
247. Véase: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2015), *Comparing models of decriminalization, an e-tool by IDPC*, <http://decrim.idpc.net/>; Fox, E., Eastwood, N. y Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe*, Version 2, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
248. Open Society Foundations (marzo de 2015), *Innovation born out of necessity: Pioneering drug policy in Catalonia*, <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/innovation-born-necessity-pioneering-drug-policy-catalonia>
249. Blickman, T. (30 de diciembre de 2015), 'Harsh sentences against the Pannagh cannabis club', *Transnational Institute*, <http://undrug-control.info/en/newsroom/latest-news/item/6688-harsh-sentences-against-the-pannagh-cannabis-club>
250. Transform Drug Policy Foundation (enero de 2015), *Cannabis social clubs in Spain: Legalisation without commercialisation*, <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/cannabis-social-clubs-spain-legalisation-without-commercialisation>
251. Las exigencias de los tratados no diferencian entre la posesión y el cultivo para uso personal. Partiendo de esta premisa, primero en España y después en otros países, los clubes sociales de cannabis empezaron a dedicarse al cultivo colectivo para uso personal. Para más información, véase: Bewley-Taylor D., Jelsma M. y Blickman T. (marzo de 2014), *Auge y caída de la prohibición del cannabis* (Transnational Institute y Global Drug Policy Observatory), <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf>
252. Véase: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2015), *Comparing models of decriminalization, an e-tool by IDPC*, <http://decrim.idpc.net/>; Fox, E., Eastwood, N. y Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe*, Version 2, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
253. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *Drug policy profiles – Portugal*, p. 17, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_137215_EN_PolicyProfile_Portugal_WEB_Final.pdf
254. Ibid
255. Extraído de: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *Drug policy profiles – Portugal*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_137215_EN_PolicyProfile_Portugal_WEB_Final.pdf
256. Aebi, M.F. y Delgrande, M. (2009), *Council of Europe annual penal statistics, Space I, Survey 2007* (Estrasburgo: Consejo de Europa), http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP_2009_%2001Rapport%20SPACE%20I_2007_090505_final_rev.pdf
257. Ibid
258. Institute for Drugs and Drug Addiction (mayo de 2014), *2013 National Report to the EMCDDA: 'Portugal' – New developments, trends and in-depth information on selected issues*, p. 84, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228487EN.html>; Domoslawski, A. (junio de 2011), *Drug policy in Portugal: The benefits of decriminalising drug use*, <http://idpc.net/publications/2011/08/drug-policy-in-portugal-the-benefits-of-decriminalising-drug-use>
259. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Portugal country overview*, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/portugal>; Transform Drug Policy Foundation (junio de 2014), *Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight*, <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
260. Ingraham, C. (5 de junio de 2015), 'Why hardly anyone dies from a drug overdose in Portugal', *The Washington Post*, <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/06/05/why-hardly-anyone-dies-from-a-drug-overdose-in-portugal/>
261. Drug Policy Alliance (febrero de 2014), *Drug decriminalization in Portugal: A health-centered approach*, <http://www.drugpolicy.org/resource/drug-decriminalization-portugal-health-centered-approach>
262. Véase el artículo 478 en: Diario Oficial de la Federación (20 de agosto de 2009), *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales*, http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5106093&fecha=20/08/2009
263. Para un análisis más detallado, véase: Harris, G. (2011), *Report of TNI-EMCDDA expert seminar on threshold quantities* (Transnational Institute y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), <http://idpc.net/sites/default/files/library/thresholds-expert-seminar.pdf>; Harris, G. (2011), *Condenados por los números: Cantidades umbral en políticas de drogas* (Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Condenados-por-los-numeros-cantidades-umbral-en-politicas-de-drogas.pdf>
264. En muchos países, las personas pueden esperar a ser juzgadas por un delito de drogas durante meses y, en ocasiones, durante años. En México, el 40% de las personas encarceladas están esperando que se celebre el juicio. En Bolivia, este porcentaje aumenta hasta un alarmante 74%. Para más información, véase: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (diciembre de 2010), *Sistemas sobrecargados: Leyes de drogas y cárceles en América Latina*, http://www.wola.org/es/informes/sistemas_sobrecargados_leyes_de_drogas_y_carceles_en_america_latina
265. Fox, E., Eastwood, N. y Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe*, Version 2, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
266. Godwin, J. (2016), *A public health approach to drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>
267. Transnational Institute y Diogenis (febrero de 2013), *Informal drug policy dialogue report, Warsaw, Poland, 14th to 16th February 2013*, <http://idpc.net/publications/2013/08/report-of-tni-diogenis-informal-drug-policy-dialogue-2013-warsaw>; Csete, J. (febrero de 2012), *A balancing act: Policymaking on illicit drugs in the Czech Republic* (Nueva York: Open Society Foundations), <http://www.soros.org/reports/balancing-act-policymaking-illicit-drugs-czech-republic>
268. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2002), *Drugs in focus: Drug users and the law in the EU – A balance between punishment and treatment*, www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10077_EN_pb02_en.pdf
269. Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdosikova, H. y Miovský, M. (2001), *PAD: Impact analysis project of new drugs legislation (summary final report)* (Praga: Oficina del Gobierno Checo, Secretaría de la Comisión Nacional de Drogas)
270. Sevchenko, M. (28 de noviembre de 2010), 'Prague: The new Amsterdam?', *Global Post*, <http://www.globalpost.com/dispatch/czech-republic/101127/marijuana-laws>
271. Csete, J. (febrero de 2012), *A balancing act: Policymaking on illicit drugs in the Czech Republic* (Nueva York: Open Society Foundations), <http://www.soros.org/reports/balancing-act-policymaking-illicit-drugs-czech-republic>
272. Filipkova, T. (28 de septiembre 2015), *Cannabis policy in the Czech Republic* (Transnational Institute), <https://www.tni.org/en/article/cannabis-policy-in-the-czech-republic>
273. Drug Policy Alliance (febrero de 2014), *Drug decriminalization in Portugal: A health-centered approach*, <http://www.drugpolicy.org/resource/drug-decriminalization-portugal-health-centered-approach>
274. Godwin, J. (2016), *A public health approach to drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>

criminalisation

275. Basado en: Open Society Foundations (julio de 2013), *Coffee shops and compromise: Separated illicit drug markets in the Netherlands*, <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/coffee-shops-and-compromise-separated-illicit-drug-markets-netherlands>
276. Véase: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Prevalence maps – Prevalence of drug use in Europe*, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevalence-maps>
277. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>
278. Poel, A. Van der Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. y Van Laar, M. (2010), *Feestmeter 2008–2009. Uitgaan en midde-lengebruik onder bezoekers van party's en clubs* (Utrecht: Trimbos Institute)
279. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012), *Country overview: Netherlands*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/nl>; National Drug Monitor (2012), *Jaarbericht 2011* (Utrecht: Trimbos-instituut)
280. Schatz, E., Schiffer, K., y Kools, J.P. (enero de 2011), *IDPC Briefing Paper – The Dutch treatment and social support system for drug users: Recent developments and the example of Amsterdam* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/publications/2011/01/idpc-paper-dutch-drug-treatment-programme>
281. Según la encuesta de opinión más reciente, realizada en junio de 2015, el 70% de la población holandesa estaba a favor de una producción regulada, un apoyo que estaría generalizado entre los votantes de los principales partidos. Para una panorámica general de las encuestas de opinión sobre el cannabis en los Países Bajos, véase: http://druglawreform.info/images/stories/documents/Cannabis_opinion_polls_in_the_Netherlands_June_2015.pdf
282. Dutch News (23 de febrero de 2015), *Helping people grow marijuana is about to become a crime*, <http://www.dutchnews.nl/news/archives/2015/02/helping-people-grow-marijuana-is-about-to-become-a-crime>
283. Resumen y conclusiones, en: Meesters, M. (2015), *Het failliet van het gedogen: Op weg naar de cannabiswet*, Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), https://vng.nl/files/vng/rapport_werkgroep_cannabisbeleid_engels.pdf
284. Ibid
285. State of Washington, Initiative Measure No. 502, <http://sos.wa.gov/assets/elections/initiatives/i502.pdf>
286. State of Colorado, Amendment 64: Use and regulation of marijuana, <http://www.fcgov.com/mmj/pdf/amendment64.pdf>
287. Law No 19.172: Marijuana and its derivatives – Control and regulation of the status of importation, production, purchase, storage, marketing and distribution, http://druglawreform.info/images/stories/Uruguay_Marijuana_Law_-_ENG.docx
288. State of Alaska, Ballot Measure No. 2 – 12PSUM: An act to tax and regulate the production, sale and use of marijuana, <https://www.elections.alaska.gov/doc/bml/BM2-13PSUM-ballot-language.pdf>
289. State of Oregon, Measure 91, <http://www.oregon.gov/olcc/marijuana/documents/measure91.pdf>
290. District of Columbia Ballot Initiative 71, <http://dcmj.org/ballot-initiative/>
291. Ministry of Justice of Jamaica (2015), *Fact sheet prepared by the Ministry of Justice on the Dangerous Drugs (Amendment) Act 2015*, http://moj.gov.jm/sites/default/files/Dangerous%20Drugs%20Amendment%20Act%202015%20Fact%20Sheet_0.pdf
292. Véase, por ejemplo: The Guardian (4 de diciembre de 2015), *Canada's new Liberal government repeats promise to legalize marijuana*, <http://www.theguardian.com/world/2015/dec/04/canada-new-liberal-government-legalize-marijuana>
293. Comisión Global de Políticas de Drogas (2014), *Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces*, <http://www.gcdpsummary2014.com/bienvenidos/#foreword-from-the-chair-es>
294. King County Bar Association Drug Policy Project (2005), *Effective drug control: Toward a new legal Framework. State-level intervention as a workable alternative to the 'war on drugs'* (Seattle: King County Bar Association), www.kcoba.org/druglaw/pdf/EffectiveDrugControl.pdf; Health Officers Council of British Columbia (2005), *A public health approach to drug control* (Victoria: Health Officers Council of British Columbia), www.cfdp.ca/bchoc.pdf; Rolles, S. (2009), *After the war on drugs: Blueprint for regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation>
295. Extraído de: Transform Drug Policy Foundation, *Concerns about legal regulation*, <http://www.tdpf.org.uk/resources/concerns-about-legal-regulation>
296. Para un debate exhaustivo sobre los modelos de regulación descritos aquí y en el cuadro 1, véase: Rolles, S. (2009), *After the war on drugs: Blueprint for regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation>; also see: Caulkins, J. et al (enero de 2015), *Considering marijuana legalisation: Insights for Vermont and other jurisdictions* (RAND Corporation), http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR800/RR864/RAND_RR864.pdf
297. Transform Drug Policy Foundation y México Unido Contra la Delincuencia (2014), *Ending the war on drugs: How to win the global drug policy debate*, <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/ending-war-drugs-how-win-global-drug-policy-debate>
298. Transform Drug Policy Foundation (2015), *Cannabis regulation in Colorado: Early evidence defies the critics*, <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/cannabis-regulation-colorado-early-evidence-defies-critics>; Drug Policy Alliance (2015), *Marijuana legalization in Colorado after one year of retail sales and two years of decriminalization*, https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Colorado_Marijuana_Legalization_One_Year_Status_Report.pdf; para información sobre los potenciales ingresos fiscales en otras jurisdicciones, véase: Bryan, M.L., Del Bono, E. y Pudney, S. (14 de septiembre de 2013), *Licensing and regulation of the cannabis market in England and Wales: Towards a cost-benefit analysis* (Institute for Social & Economic Research), <https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/521860>
299. Comisión Global de Políticas de Drogas (2014), *Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces*, <http://www.gcdpsummary2014.com/bienvenidos/#foreword-from-the-chair-es>
300. Ibid
301. Ley N° 19.172: Marihuana y sus derivados – Control y regulación del estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución, http://www.druglawreform.info/images/stories/Ley_19172-1.pdf; véase también: Bewley-Taylor D., Jelsma M. y Blickman T. (marzo de 2014), *Auge y caída de la prohibición del cannabis* (Transnational Institute y Global Drug Policy Observatory), <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf>
302. Véase: http://www.who.int/fctc/text_download/en/
303. Véase: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/
304. Global Drug Policy Observatory, International Centre on Human Rights and Drug Policy, Transnational Institute y Oficina en Washington par Asuntos Latinoamericanos (2014), *International law and drug policy reform – Report of a GDPO/ICHRDP/TNI/WOLA expert seminar, Washington, D.C., 17-18 October 2014*, <https://www.tni.org/en/publication/international-law-and-drug-policy-reform>
305. El IDPC, junto con otras ONG y varios Estados miembros de la ONU ha exhortado a la creación de un grupo consultivo de expertos para examinar las tensiones que existen entre las convenciones de drogas de la ONU y las reformas que se están produciendo sobre el terreno. Para más información sobre la propuesta, véase: Transnational Institute (8 de diciembre de 2015), *UNGASS 2016: Nota de antecedentes sobre la propuesta para establecer un grupo consultivo de expertos*, <https://www.tni.org/en/node/22640>
306. Guzmán, D., et al (2012), *La adicción punitiva: La desproporción de leyes de drogas en América Latina*, <http://www.dejusticia.org/#/actividad/1391>
307. Harris, G. (2011), *Condenados por los números: Cantidades umbral en políticas de drogas* (Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <https://dl.dropboxusercontent.com>

- com/u/64663568/library/Condenados-por-los-numeros_cantidades-umbral-en-politicas-de-drogas.pdf
308. Departamento de Justicia de los Estados Unidos (2014), *Crime in the United States 2013*; Drug Policy Alliance (2015), *The drug war, mass incarceration, and race: Fact sheet*, http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Fact_Sheet_Drug_War_Mass_Incarceration_and_Race_June2015.pdf
 309. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *Manual Sobre Estrategias para Reducir el Hacinamiento en las Prisiones*, p. 56, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/HBonOvercrowding/UNODC_HB_on_Overcrowding_ESP_web.pdf
 310. United States Sentencing Commission (2011), *Mandatory minimum penalties: Quick facts*, http://www.uscc.gov/sites/default/files/pdf/research-and-publications/quick-facts/Quick_Facts_Mandatory_Minimum_Penalties.pdf
 311. Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, p. 3, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>
 312. Véanse, por ejemplo, los Informes Mundiales sobre Drogas de la UNODC correspondientes a 2012 y 2015
 313. Cifra tomada de: Drug Policy Alliance (2015), *The drug war, mass incarceration, and race: Fact sheet*, http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Fact_Sheet_Drug_War_Mass_Incarceration_and_Race_June2015.pdf
 314. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *Manual Sobre Estrategias para Reducir el Hacinamiento en las Prisiones*, p. 57-58, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/HBonOvercrowding/UNODC_HB_on_Overcrowding_ESP_web.pdf
 315. Gallahue, P. et al (2012), *The death penalty for drug offences: Global overview 2012 - Tipping the scales for abolition*, (Londres: International Harm Reduction Association), pp. 21-22, http://www.ihra.net/files/2012/11/27/HRI_-_2012_Death_Penalty_Report_-_FINAL.pdf
 316. International Centre for Prison Studies (2010), *Current situation of prison overcrowding*
 317. Jelsma, T. y Kramer, T. (marzo de 2012), *Tackle Burma's drugs problem* (Transnational Institute), <https://www.tni.org/en/article/tackle-burmas-drugs-problem>
 318. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2007), *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2007*, p. 2, http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2007/AR_2007_Spanish.pdf; Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015*, p. 10, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>; UK Sentencing Council (2012), *Drug offences – Definitive guideline*, p. 4, http://www.sentencingcouncil.org.uk/wp-content/uploads/Drug_Offences_Definitive_Guideline_final_web1.pdf
 319. Comité de Derechos Humanos (2004), *Observación general núm. 31 sobre la índole de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto*, CCPR/C/21/Rev.1/Add.13, http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CCPR/00_2_obs_grales_Cte%20DerHum%20%5BCPR%5D.html#GEN31
 320. Comité de Derechos Humanos (1999), *Observación general núm. 27 sobre la Libertad de Circulación (Artículo 12)*, CCPR/C/21/Rev.1/Add.9, http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CCPR/00_2_obs_grales_Cte%20DerHum%20%5BCPR%5D.html#GEN27
 321. Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988
 322. Preámbulos de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de la ONU, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 de la ONU y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988
 323. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, artículo (3)(4)(b),(c) y (d); Bewley-Taylor, D. y Jelsma, M. (marzo de 2012), *Los límites de la flexibilidad: Las convenciones de control de drogas de la ONU*, (Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/es/publications/2012/03/los-limites-de-la-flexibilidad-las-convenciones-de-control-de-drogas-de-la-onu>
 324. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, artículo 3 (4)(c)
 325. Hallam, C. Bewley-Taylor, D. y Jelsma, M. (2014), *La clasificación en el sistema de fiscalización internacional de estupefacientes* (Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas y Transnational Institute), <http://idpc.net/es/publications/2014/06/la-clasificacion-en-el-sistema-de-fiscalizacion-internacional-de-estupefacientes>
 326. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (septiembre de 2015), *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, A/HRC/30/65, párr. 38, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx>
 327. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2015), *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014*, p. iii, https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR_2014_ESP.pdf; véase también: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014), *Contribución del Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito al examen de alto nivel de la aplicación de la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas*, al que la Comisión de Estupefacientes procederá en 2014, párr. 52(c), https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/UNODC-ED-2014-1/UNODC-ED-2014-1_V1388517_S.pdf
 328. Gallahue, P. y Lines, R. (2015), *The death penalty for drug offences: Global overview 2015* (Londres: Harm Reduction International Report), p. 6, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/DeathPenaltyDrugs_Report_2015.pdf
 329. Harris, G. (2011), *Condenados por los números: Cantidades umbral en políticas de drogas* (Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Condenados-por-los-numeros_cantidades-umbral-en-politicas-de-drogas.pdf
 330. Metaal, P. (febrero de 2009), *Indulto de mulas en Ecuador, una propuesta sensata* (Transnational Institute y Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), <http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2011/Spanish/joint%20pubs/dlr1s.pdf>
 331. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2014), *Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para los Delitos Relacionados con Drogas*, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=3202>
 332. http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%-C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf
 333. <http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion-de-bolsillo.pdf>
 334. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2014), *Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para los Delitos Relacionados con Drogas*, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=3202>
 335. Tegel, S. (6 de octubre de 2014), "Ecuador is freeing thousands of convicted drug mules", *The Global Post*, <http://www.globalpost.com/dispatch/news/regions/americas/141003/ecuador-releases-drug-mules-victims>
 336. Paladines, J. (octubre de 2015), "Duros contra los débiles y débiles contra los duros" – La lección no aprendida, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Ecuador%20Art%C3%ADculo%20final_oct%202015%281%29.pdf
 337. UK Sentencing Council (2012), *Drug offences definitive guideline*, [http://sentencingcouncil.judiciary.gov.uk/docs/Drug_Offences_Definitive_Guideline_final_\(web\).pdf](http://sentencingcouncil.judiciary.gov.uk/docs/Drug_Offences_Definitive_Guideline_final_(web).pdf)

338. Comisión Europea (2009), *Report from the Commission on the implementation Framework Decision 2004/757/JHA laying down minimum provisions on the constituent elements of criminal acts and penalties in the field of illicit drug trafficking* (Bruselas), COM (2009)69 final SEC (2009)1661]
339. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012), *A definition of 'drug mules' for use in a European context*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/drug-mules>
340. Véase, por ejemplo: Comisión Interamericana de Mujeres (Abril 2014), *Mujeres y drogas en las Américas Un diagnóstico de política en construcción*, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/WomenDrugsAmericas-ES.pdf>
341. Cortés, E. (2013), "Reforma en la ley de drogas de Costa Rica beneficia a mujeres en condiciones de vulnerabilidad y sus familias", *IDPC Blog*, <http://idpc.net/es/blog/2013/08/reforma-en-la-ley-de-drogas-de-costa-rica-beneficia-a-mujeres-en-condiciones-de-vulnerabilidad-y-sus-familias>
342. Véase, por ejemplo: Comisión Interamericana de Mujeres (abril de 2014), *Mujeres y drogas en las Américas: Un diagnóstico de política en construcción*, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/WomenDrugsAmericas-ES.pdf>
343. Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, DeJusticia, Comisión Interamericana de Mujeres (2016), *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: Guía para la reforma política en América Latina y el Caribe*, http://www.wola.org/es/comentario/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
344. Giacomello, G. (2013), *Documento informativo del IDPC – Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_SPANISH.pdf
345. Resolución del ECOSOC 2010/16, *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes y sus Comentarios* (Reglas de Bangkok), Reglas 58 y 61, <https://www.un.org/en/ecosoc/docs/2010/res%202010-16.pdf>
346. En ciertos países, como en México, los delitos de drogas son considerados 'delitos graves' y por ello quienes los cometen no son elegibles para recibir alternativas al encarcelamiento
347. Federal Bureau of Prisons (septiembre de 2015), *Inmates statistics*, http://www.bop.gov/about/statistics/statistics_inmate_offenses.jsp
348. Colectivo de Estudios, Drogas y Derechos (2015), *Reforma a las políticas de drogas en Latinoamérica: Discurso y realidad*, p. 6, http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/pub-priv/Alejandro_v09.pdf
349. Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>
350. "Los reclusos declarados culpables de delitos de drogas representan el 21% del total de reclusos condenados en América, el 35% en Asia y el 13% en Europa"; véase: Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal (2014), *Tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativa a la prevención del delito y la justicia penal*, E/CN.15/2014/5, https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_23/E-CN15-2014-05/E-CN15-2014-5_S.pdf
351. Ibid, p. 21
352. Consejo de Derechos Humanos (2015), *Annual report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General*, A/HRC/30/65, p. 45, http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Documents/A_HRC_30_65_AEV.docx
353. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012), *Prisons and drugs in Europe: The problem and responses*, p. 7, http://www.emcdda.europa.eu/attachments.cfm/att_191812_EN_TD-S112002ENC.pdf
354. National Association for the Advancement of Colored People (2015), *Criminal justice fact sheet*, <http://www.naacp.org/pages/criminal-justice-fact-sheet>
355. Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal (2014), *Tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativa a la prevención del delito y la justicia penal*, E/CN.15/2014/5, https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_23/E-CN15-2014-05/E-CN15-2014-5_S.pdf
356. Giacomello, G. (2013), *Documento informativo del IDPC – Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_SPANISH.pdf
357. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015), *Perspectives on the development dimensions of drug control policy*, p. 9, https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/UNDP/UNDP_paper_for_CND_March_2015.pdf
358. Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (2015), *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: Guía para la reforma política en América Latina y el Caribe*, http://www.wola.org/es/comentario/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
359. Iakobishvili, E. (2012), *Cause for alarm: The incarceration of women for drug offences in Europe and Central Asia, and the need for legislative and sentencing reform*, www.ihra.net/contents/1188
360. Kittayarak, K. (junio de 2015), *TIJ Quarterly: Thailand Institute of Justice's Newsletter*, Edición 1, pp. 10-11, <http://www.tijthailand.org/useruploads/files/aw-eng-web.pdf>; Macdonald, V. y Nacapew, S. (2013), *IDPC Briefing Paper – Drug control and harm reduction in Thailand* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/publications/2013/11/idpc-briefing-paper-drug-control-and-harm-reduction-in-thailand>
361. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015), *Perspectives on the development dimensions of drug control policy*, p. 9, https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/UNDP/UNDP_paper_for_CND_March_2015.pdf
362. Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (2015), *Una primera aproximación a la vida y derechos de niñas, niños y adolescentes con referentes adultos encarcelados en América Latina y el Caribe Estudio de caso: Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Uruguay*, http://www.wola.org/sites/default/files/Invisibles_hasta_cuando.pdf
363. En Ecuador, por ejemplo, los investigadores han documentado un terrible falta de adaptación institucional hacia las necesidades especiales de madres e infantes en prisión; véase: Fleetwood, J. y Torres, A. (2011), "Mothers and children of the drug war: A view from a women's prison in Quito, Ecuador". En: Barrett, D. (ed.), *Children of the drug war* (Nueva York, International Debate Education Association), http://www.ihra.net/files/2011/08/08/Children_of_the_Drug_War11.pdf
364. Transnational Institute y Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (diciembre de 2010), *Sistemas sobrecargados: Leyes de drogas y cárceles en América Latina*, http://www.wola.org/es/informes/sistemas_sobrecargados_leyes_de_drogas_y_carceles_en_america_latina
365. McVay, D. (2004), *Treatment or incarceration: National and state findings on the efficacy and cost savings of drug treatment versus imprisonment* (Justice Policy Institute), <http://www.justicepolicy.org/research/2023>
366. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2014), *Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para los Delitos Relacionados con Drogas*, p. 24 <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=3202>; Beckett, K (2014) *Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion Program: Lessons learned from the first two years* (Washington: University of Washington), <http://www.seattle.gov/council/Harrell/attachments/process%20evaluation%20final%203-31-14.pdf>
367. Ibid
368. Evaluation of the LEAD Program (2015), <http://leadkingcounty.org/lead-evaluation/>
369. Matrix Knowledge Group (2007), *The economic case for and against prison*, <http://www.optimityadvisors.com/sites/default/files/research-papers/10-economic-case-for-and-against-prison.pdf>

370. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, artículo (3)(4)(b), (c) y (d); Bewley-Taylor, D. y Jelsma, M. (marzo de 2012), *Los límites de la flexibilidad: Las convenciones de control de drogas de la ONU*, (Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/es/publications/2012/03/los-limites-de-la-flexibilidad-las-convenciones-de-control-de-drogas-de-la-onu>
371. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, artículo 3 (4)(c)
372. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2014), *Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para los Delitos Relacionados con Drogas*, p. 24 <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3202>
373. Malloch, M. y McIvor, G. (2013), "Criminal justice responses to drug related crime in Scotland", *International Journal of Drug Policy*, 24: pp. 69-77, http://findings.org.uk/PHP/dl.php?file=Malloch_M_3.txt
374. Ibid
375. Véase, por ejemplo: Eurosocietal (13 de enero de 2015), *Una segunda oportunidad para las cenicientas*, <http://eurosocietal-ii.eu/es/entre-vistaarticulo/una-segunda-oportunidad-para-las-cenicientas>
376. Open Society Foundations (2014) *Why the overuse of pretrial detention is an overlooked human rights crisis*, <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/why-overuse-pretrial-detention-overlooked-human-rights-crisis>
377. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2014), *Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para los Delitos Relacionados con Drogas*, pp. 27-30 <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3202>
378. Guzmán, D. (2012), *Las cortes de drogas: Los alcances y retos de una alternativa a la prisión* (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas y DeJusticia), <http://idpc.net/es/publications/2012/05/informe-del-idpc-dejusticia-las-cortes-de-drogas-los-alcances-y-retos-de-una-alternativa-a-la-prision>
379. Guzmán, D. (2012), *Las cortes de drogas: Los alcances y retos de una alternativa a la prisión* (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas y DeJusticia), <http://idpc.net/es/publications/2012/05/informe-del-idpc-dejusticia-las-cortes-de-drogas-los-alcances-y-retos-de-una-alternativa-a-la-prision>; Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, DeJusticia, Comisión Interamericana de Mujeres (2016), *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: Guía para la reforma política en América Latina y el Caribe*, http://www.wola.org/es/comentario/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
380. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2014), *Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para los Delitos Relacionados con Drogas*, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3202>
381. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2014), *Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para los Delitos Relacionados con Drogas* <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3202>
382. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2006), *Custodial and non-custodial measures: Alternatives to incarceration – Criminal justice assessment toolkit*, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/cjat_eng/3_Alternatives_Incarceration.pdf
383. Véanse los artículos 36b y 38 de la Convención Única de 1961, y el artículo 14(4) de la Convención de 1988
384. Véanse, por ejemplo, las Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad (Reglas de Tokio); Consejo de Derechos Humanos (2015), *Annual report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General*, A/HRC/30/65, p. 45, http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Documents/A_HRC_30_65_AEV.docx
385. Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, DeJusticia, Comisión Interamericana de Mujeres (2016), *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: Guía para la reforma política en América Latina y el Caribe*, http://www.wola.org/es/comentario/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
386. Trace, M. (2011), *Drug policy – Lessons learnt, and options for the future* (Rio de Janeiro: Comisión Global de Políticas de Drogas), http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Com_Mike_Trace.pdf; véase también el artículo 14(4) de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, que señala: "Las Partes adoptarán medidas adecuadas tendientes a eliminar o reducir la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas con miras a reducir el sufrimiento humano y acabar con los incentivos financieros del tráfico ilícito"
387. "Un mundo sin drogas, podemos lograrlo" fue el lema de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas en 1998: <http://www.un.org/ga/20special/>
388. En los Estados Unidos, "los precios de la heroína, cocaína y cannabis, ajustados a la inflación promedio y al grado de pureza, bajaron en 81%, 80% y 86% respectivamente entre 1990 y 2007, mientras que la pureza se incrementó en un 60%, 11% y 161%, respectivamente". En Europa, "durante el mismo período, el precio ajustado a la inflación promedio de opioides y de cocaína bajó en un 74% y un 51%, respectivamente". Véase: International Centre for Science in Drug Policy (2013), *New research shows war on drugs has failed to reduce supply and access to illegal drugs internationally*, http://www.icsdp.org/bmjo_2014
389. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
390. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014), *Afghanistan opium survey: Cultivation and production*, <http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan-opium-survey-2014.pdf> Véase, por ejemplo, "Figure 1: Opium cultivation in Afghanistan, 1994-2014 (Hectares)"; p.12
391. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2008), *Informe Mundial sobre las Drogas 2008*, p. 216, https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf
392. Rouse, S.M. y Arce M. (2006), "The drug laden balloon: US military assistance and coca production in the central Andes", *Social Science Quarterly*, 87(3): 540-57, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-6237.2006.00395.x/abstract>; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC crop monitoring*, <https://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/>
393. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2007), *Cocaine trafficking in Western Africa*, p. 6, <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Cocaine-trafficking-Africa-en.pdf>; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2013), *EU drug markets report: A strategic analysis*, p. 45, <https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/publications/att-194336-entd3112366enc-final2.pdf>; Véase también: West Africa Commission on Drugs (2014), *Not just in transit: An independent report of the West Africa Commission on Drugs*, <http://www.wacommissionon-drugs.org/report/>
394. Felbab-Brown señala las diferencias en cuanto a niveles de violencia relacionada con las drogas entre Japón, Europa o los Estados Unidos, por un lado, y América Latina por el otro. Véase: Felbab-Brown, V. (2012), "Organized crime won't fade away", *The World Today*, <https://www.chathamhouse.org/publications/twt/archive/view/185139>
395. Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T. y Montaner, J. (2011), "Effects of drug market violence: A systematic review", *International Journal of Drug Policy*, 22 (2): pp. 87-94, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(11\)00022-3/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(11)00022-3/abstract)
396. Véase, por ejemplo: Gillin, J. (14 de enero de 2015), "Understanding Colombia's armed conflict: The role of drugs", *Colombia Reports*, <http://colombiareports.com/understanding-colombian-conflict-drugs/>
397. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *UNODC homicide statistics*, <http://www.unodc.org/gsh/en/data.html>
398. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2014), *Anuário brasileiro de segurança pública* (São Paulo), <http://www.forumseguranca.org>

- br/produtos/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/8o-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica
399. México Evalúa (2011), *El gasto en seguridad: Observaciones de la ASF a la gestión y uso de recursos*, <http://mexicoevalua.org/2011/06/el-gasto-en-seguridad-observaciones-de-la-asf-a-la-gestion-y-uso-de-recursos/>
 400. Felbab-Brown, V. (2013), *Disuasión focalizada, acción selectiva, tráfico de drogas y delincuencia organizada: conceptos y prácticas – Proyecto para la modernización de la aplicación de las leyes sobre drogas – Informe 2* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), p. 7, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE-report-2_Focused-deterrence_SPANISH.pdf
 401. Dickenson, M. (2014), "The impact of leadership removal on Mexican drug trafficking organizations", *Journal of Quantitative Criminology*, 30 (4): pp. 651-676, <http://link.springer.com/article/10.1007%252Fs10940-014-9218-5>
 402. Stanford University (2015), *The dynamics of violence in Mexico's drug war*, Freeman Spogli Institute for International Studies (Stanford: Stanford University), http://fsi.stanford.edu/research/the_dynamics_of_violence_in_mexicos_drug_war
 403. Dickenson, M. (2014), "The impact of leadership removal on Mexican drug trafficking organizations", *Journal of Quantitative Criminology*, 30 (4): pp. 651-676, <http://link.springer.com/article/10.1007%252Fs10940-014-9218-5>
 404. Phillips, B.J. (2015), "How does leadership decapitation affect violence? The case of drug trafficking organizations in Mexico", *Journal of Politics*, 77 (2): pp. 324-336, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2294822
 405. Cawley, M. (2014), "Mexico victims' survey highlights under-reporting of crime", *Insight Crime*, <http://www.insightcrime.org/news-briefs/mexico-victimization-survey-highlights-reporting-gap>
 406. NPR (2015), "Open cases: Why one-third of murders in America go unsolved", <http://www.npr.org/2015/03/30/395069137/open-cases-why-one-third-of-murders-in-america-go-unresolved>
 407. Amnistía Internacional (2015), *Colombia – Impunity*, <http://www.amnestyusa.org/our-work/countries/americas/colombia/impunity>
 408. Departamento de Estado de los Estados Unidos (2012), *Guatemala – Country reports on human rights practices for 2012*, (Washington DC: U.S. Department of State), <http://www.state.gov/documents/organization/204664.pdf>
 409. Departamento de Justicia de los Estados Unidos (2001), *Reducing gun violence: The Boston Gun Project's Operation Ceasefire*, Research report (Washington DC: US Department of Justice), <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/188741.pdf>
 410. Departamento Justicia de los Estados Unidos (2001), *Reducing gun violence: The Boston Gun Project's Operation Ceasefire*, Research report (Washington DC: US Department of Justice), p. 58, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/188741.pdf>
 411. Organización de los Estados Americanos (2013), *Escenarios para el Problema de Drogas en las Américas*, p. 31, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Informe-OEA_Escenarios-para-el-problema-de-las-drogas.pdf
 412. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (2015), *Cognitive behavior therapy* (Bala Cynwyd, PA: Beck Institute), <http://www.beckinstituteblog.org/cognitive-behavioral-therapy/>
 413. Heller, S.B., Shah, A.K., Guryan, J., Ludwig, J., Mullainathan, S. y Pollock, H.A. (2015), "Thinking, fast and slow? Some field experiments to reduce crime and dropout in Chicago", *NBER Working Paper*, <http://www.nber.org/papers/w21178>
 414. Csete, J. (2010), *Desde las Cumbres de las Montañas – Lo que el Mundo Puede Aprender del Cambio en las Políticas sobre Drogas en Suiza*, (Nueva York: Open Society Foundations), <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/From%20the%20Mountaintops-Spanish-WEB.pdf>
 415. Geddes, J. (2010), "RCMP and the truth about safe injection sites", *MacLean's*, <http://www.macleans.ca/news/canada/injecting-truth/>; Bailey, I. (2013), "Vancouver police urge drug addicts to use Insite following deaths", *Globe and Mail*, <http://www.theglobeandmail.com/news/british-columbia/vancouver-police-warn-drug-addicts-to-use-insite/article14366192/>
 416. British Columbia Ministry of Health (2005), *Harm reduction: A British Columbia community guide* (Victoria), p. 6, <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/hrcommunityguide.pdf>
 417. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS (BCCE) (2013), *Drug situation in Vancouver* (Vancouver: Urban Health Research Initiative), http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/news/releases/war_on_drugs_failing_to_limit_drug_use.pdf
 418. Forell, S. y Price, L. (1997), *Using harm reduction policing within drug law enforcement in the NSW police services*, Australia, <http://www.drugtext.org/Crime-police-trafficking/using-harm-reduction-policies-within-drug-law-enforcement-in-the-nsw-police-service-australia.html>
 419. Hughes, R., Lart, R. y Higate, P. (ed.) (2006), *Drugs: Policy and politics* (Maidenhead: Open University Press), p. 103
 420. Safe in the city (2013), *Independent drugs commission for Brighton & Hove: Report & recommendations*, <http://www.safeinthecity.info/independent-drugs-commission>
 421. Gomis, B. (2015), *Demystifying "narcoterrorism"* (Swansea: Global Drug Policy Observatory), <http://www.swansea.ac.uk/media/Demystifying%20narcoterrorism%20FINAL.pdf>
 422. Véase, por ejemplo: Human Rights Watch (2013), *UN report highlights abuse as "drug treatment"*, <https://www.hrw.org/news/2013/03/03/un-report-highlights-abuse-drug-treatment>
 423. Stevens, A. (marzo de 2013), *Aplicación de los principios de reducción de daños a la actuación policial en los mercados minoristas de drogas – Proyecto para la modernización de la aplicación de las leyes sobre drogas – Informe 3* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE-report-3_Applying-harm-reduction-to-policing-of-retail-markets_SPANISH.pdf
 424. Levi, M. (septiembre de 2013), *Drug law enforcement and financial investigation strategies – Modernising drug law enforcement report 5* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE-5-drug-law-enforcement-financial-investigation-strategies.pdf>
 425. Banco Mundial (2012), *Fighting corruption in public services: Chronicling Georgia's reforms*, Directions in Development: Public Sector Governance: 6649, <http://documents.worldbank.org/curated/en/2012/02/16187217/fighting-corruption-public-services-chronicling-georgias-reforms>
 426. Kuris, G. (2013), *Cleaning house: Croatia mops up high-level corruption, 2005-2012*, Innovation for Successful Societies, Princeton University (Princeton: ISS), <http://successfultsocieties.princeton.edu/publications/cleaning-house-croatia-mops-high-level-corruption-2005-2012>
 427. Walker, S. y Burchert, E. (2013), *Getting smart and scaling up: The impact of organized crime on governance in developing countries. A Desk study of Sierra Leone* (Center on International Cooperation, New York University), p. 187, http://cic.nyu.edu/sites/default/files/kavanagh_crime_developing_countries_sierra_leone_study.pdf
 428. Cambridge Dictionary (2015), *Sunk cost fallacy*, <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/sunk-cost-fallacy>
 429. Véase, por ejemplo: Comolli, V. y Hofmann, C. (2013), *Mercados de drogas, seguridad y ayuda externa – Proyecto para la modernización de la aplicación de las leyes sobre drogas – Informe 6* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE-report-6_Drug-ecurity-foreign-aid_SPANISH.pdf
 430. Garzón Vergara, J.C. (2014), *Cómo reparar un sistema que no funciona: Modernización de la aplicación de las leyes sobre drogas en América Latina* (Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), https://www.tni.org/en/briefing/fixing-broken-system?content_language=es
 431. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones sobre el VIH/SIDA y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2007), *Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85534/1/9789243596273_spa.pdf?ua=1
 432. Walmsley, R. (2013), *World prison population list (tenth edition)* (Londres: International Centre for Prison Studies), <http://www>

prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_10.pdf

433. El total global se basa en datos obtenidos de 53 países; véase: Informe del Secretario-General (19 de enero de 2015), *State of crime and criminal justice worldwide*, A/CONF.222/4, p. 23
434. Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal (2013), *Tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativas a la prevención del delito y la justicia penal*, E/CN.15/2013/9, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/V13/804/76/PDF/V1380476.pdf?OpenElement>
435. Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal (2014), *Tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativas a la prevención del delito y la justicia penal*, E/CN.15/2014/5, párr. 29, https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_23/E-CN15-2014-05/E-CN15-2014-5_S.pdf; para más información sobre temas referidos a dependencia de drogas entre mujeres y una compilación de estadísticas, véase: Penal Reform International (2015), *Women in criminal justice systems and the added value of the UN Bangkok Rules*, pp. 6-8, <http://www.penalreform.org/resource/women-in-the-criminal-justice-system-the-added/>
436. Ibid, p. 15. Estudios realizados en Argentina, por ejemplo, mostraron que el papel principal de las mujeres en el tráfico de drogas es el de 'mula' (transportando drogas, a menudo tragándose las o introduciéndolas en sus orificios corporales), lo que las convierte en blanco fácil de las autoridades antidrogas, aunque ello no hace mella en las redes del tráfico. Véase: Cornell Law School, Avon Global Center for Women and Justice, Defensoría General de la Nación en Argentina, University of Chicago. Law School. International Human Rights Clinic (2013), *Women in prison in Argentina: Causes, conditions, and consequences*, p. 15, con referencia también a un informe de la Defensoría de los Derechos Humanos en Buenos Aires
437. Manjoo, R. (21 de agosto de 2013), *Informe a la Asamblea General de las Naciones Unidas de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, Rashida Manjoo, *Causas, condiciones y consecuencias de la encarcelación para las mujeres*, A/68/340, párr. 26, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/68/340>
438. Extraído de: United Nations Survey of Crime Trends and Operations of Criminal Justice Systems. Nota: El total global se basa en datos obtenidos de 53 países; véase: Informe del Secretario-General (19 de enero de 2015), *State of crime and criminal justice worldwide*, A/CONF.222/4, p. 5
439. Walmsley, R. (23 de septiembre de 2015), *The world prison brief* (Institute for Criminal Policy Research), <http://blogs.bbk.ac.uk/research/2014/11/28/the-world-prison-brief-database-of-global-imprisonment-levels/>
440. Véase, por ejemplo: Sepúlveda Carmona, M. (4 de agosto de 2011), *Relatora Especial de las Naciones Unidas, La extrema pobreza y los derechos humanos*, A/66/265, p. 13, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/A-66-265_sp.pdf
441. Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, p. 4, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>
442. Dolan, K., Merghati Khoei, E., Brentari, C. y Stevens, A. (junio de 2007), *Prisons and drugs: A global review of incarceration drug use and drug services* (The Beckley Foundation Drug Policy Programme), p. 1, http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Beckley_RPT12_Prisons_Drugs_EN.pdf
443. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, capítulo 1, p. 4, haciendo referencia a diversos estudios, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
444. Jürgens, R., et al (2011), "HIV and incarceration: prisons and detention". *Journal of the International AIDS Society*, 14: p. 26, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123257/>
445. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, capítulo 1, p. 4, haciendo referencia a diversos estudios, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
446. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Publications related to HIV in prison settings*, https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/publications_prisons.html
447. Larney, S., et al (2013), "Incidence and prevalence of Hepatitis C in prisons and other closed settings: Results of a systematic review and meta-analysis", *Journal of Hepatology*, 58(4). Citado en: Sanders, G. (2015), "Preventing infectious diseases in prisons: A public health and human rights imperative", *Penal Reform International blog*, www.penalreform.org/blog
448. Organización Mundial de la Salud (2013), *Global tuberculosis report 2013*, Table 3.3, p. 33, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf
449. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comité Internacional de la Cruz Roja, Grupo Pompidou, Consejo de Europa y Schweizerische Eidgenossenschaft (2014), *Prisons and health*, p. 56
450. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, p. 4, <http://www.unodc.org/wdr2015/>; haciendo referencia a Dolan, K., et al (2015), "People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention", *International Journal of Drug Policy*, 26: S12-S15, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(14\)00293-X/references](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(14)00293-X/references)
451. Véase, por ejemplo: **Report on the human rights of persons deprived of liberty in the Americas (2011)**, párr. 566; National Aids Trust (UK) (2003), *Factsheet – HIV-related stigma and discrimination: Prisoners*
452. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009), *De la coerción a la cohesión – Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones*, Documento de Debate, https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/Coersion_SPANISH.pdf
453. Véase, en particular, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
454. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comité Internacional de la Cruz Roja, Grupo Pompidou, Consejo de Europa y Schweizerische Eidgenossenschaft (2004), *Prisons and health*, p. 116; véase también: Prisoner Crime Reduction Survey in background tables supporting Ministry of Justice (2010), *Compendium of reoffending statistics and analysis* (Londres: Ministerio de Justicia), <https://www.gov.uk/government/statistics/compendium-of-reoffending-statistics-and-analysis-2010>
455. Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009), *De la coerción a la cohesión – Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones*, Documento de Debate, https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/Coersion_SPANISH.pdf
456. United Nations Treaty Series (1976), 993, p. 3; véase también: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (11 de agosto de 2000), *Observación general Nº 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, E/C.12/2000/4, párrafos 12(a)-(d), <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=E/C.12/2000/4>
457. Véase: Principio 1(4) de los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, Resolución de la Asamblea General 46/119 1991 y Regla 54 de las Reglas de Bangkok
458. Relator Especial sobre el derecho a la salud (6 de agosto de 2010), *Informe presentado por Anand Grover, Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/65/255, párr. 8, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/477/94/PDF/N1047794.pdf?OpenElement>
459. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *Good governance for prison health in the 21st century: A policy brief on the organization of prison health*, p. 5, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf

460. Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la tortura (9 de agosto de 2013), *Informe provisional del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, A/68/295, párr. 50, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/68/295>
461. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (septiembre de 2015), *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, A/HRC/30/65, párr. 21, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx>
462. Relator Especial sobre el derecho a la salud (6 de agosto de 2010), *Informe presentado por Anand Grover, Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/65/255, párr. 60, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/477/94/PDF/N1047794.pdf?OpenElement>
463. Basado en una Resolución de la Asamblea General fechada en 2010, un proceso de reconsideración de las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (inicialmente adoptadas por la Asamblea General de las ONU en 1955) se ha traducido en la revisión de nueve áreas, incluida la incorporación de una serie de salvaguardas clave sobre atención de salud dentro de este estándar internacional. Las revisadas Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (conocidas como Reglas Nelson Mandela) fueron adoptadas en mayo de 2015 por la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal y, posteriormente, por la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 5 de noviembre de 2015, A/C.3/70/L.3, www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/C.3/70/L.3
464. Véase también: Principio 24 del *Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión*, adoptado por la Asamblea General de la ONU el 9 de diciembre de 1988, A/RES/43/173; Organización Mundial de la Salud (24 de octubre de 2003), *Moscow declaration on prison health as part of public health*, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>
465. Guidelines for prison, detention and other custodial settings of the working group on dual loyalties, párr. 12: "El profesional de salud debe tener el derecho incuestionable a formular juicios clínicos y éticos independientes, sin interferencia externa indebida"
466. Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial – Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas, *Adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, mayo de 2005 y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo de 2006*, párrafo 5: "El médico debe gozar de una completa independencia clínica para decidir el tipo de atención médica para la persona bajo su responsabilidad", <http://www.wma.net/es/30publications/10polices/c18/>
467. Resolución del ECOSOC 2010/16, *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes* (Reglas de Bangkok), https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crime-prevention/65_229_Spanish.pdf
468. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (11 de agosto de 2000), *Observación general Nº 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, E/C.12/2000/4, párrafo 8, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UN-DOC/GEN/G00/439/37/PDF/G0043937.pdf?OpenElement>
469. Anand Grover (10 de agosto de 2009), *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/64/272, párr. 9, <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opedocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4aa770872>; citado también en: Méndez, J.E. (1 de febrero de 2013), *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf
470. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_Spanish.pdf
471. European Prison Rules, adopted by the Council of Europe and revised in 2006, Part III – Health, Rules 40 et seq, <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>
472. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965 (artículo 5 (e) (iv)) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer de 1979 (artículos 11.1 (f) y 12), así como la Convención de los Derechos del Niño de 1989, reconocen igualmente el derecho a la salud
473. Organización Mundial de la Salud (2011), *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75837/1/9789243564173_spa.pdf?ua=1
474. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2007), *Informe de la JIFE correspondiente a 2007*, https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2007_S_Chapter_1.pdf
475. Ibid
476. Por ejemplo, actualmente la mayoría de los Estados miembros están practicando pruebas obligatorias para detectar el consumo de drogas en las prisiones. Véase: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2012), *Prisons and drugs in Europe – The problem and responses*, p. 15, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>
477. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prisons*, p. 23, https://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf
478. Véase: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008), *HIV and AIDS in places of detention – A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*, <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>; Singleton, N. (septiembre de 2008), "Policy forum: The role of drug testing in the criminal justice system", *Drugs and Alcohol Today*, 8 (3): pp. 4-8, <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Article%20-%20The%20role%20of%20drug%20testing%20in%20the%20criminal%20justice%20system.pdf>
479. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012), *Nota sobre políticas Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones*, http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf?ua=1
480. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comité Internacional de la Cruz Roja, Grupo Pompidou, Consejo de Europa y Schweizerische Eidgenossenschaft (2014), *Prisons and health*, p. 1, 45 y 49
481. Ibid, p. 70
482. Harm Reduction International (2014), *The global state of harm reduction 2014*, <http://www.ihra.net/contents/1524>
483. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014), *Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas*, p. 13, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85534/1/9789243596273_spa.pdf; véase también: Stover, H. y Kastelic, A. (2014), *Drug treatment and harm reduction in prisons*; Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comité Internacional de la Cruz Roja, Grupo Pompidou, Consejo de Europa y Schweizerische Eidgenossenschaft (2014), *Prisons and health*, p. 119
484. Hedrich, D., et al (2012), *The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: A systematic review*
485. Organización Mundial de la Salud (2010), *The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health*, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/The_madrid_recommendation.pdf

486. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2007), *Datos probatorios para la adopción de medidas en relación con el VIH/SIDA y el consumo de drogas inyectables*, http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/43945/1/9789243596945_spa.pdf
487. Moreno Jiménez, M.P. (2000), "Psychosocial interventions with drug addicts in prison. Description and results of a programme", *Psychology in Spain*, 4 (1): pp. 64–74, <http://www.psychologyin-spain.com/content/full/2000/6.htm>; Consejo de Europa y Grupo Pompidou (2013), *Mental health and addictions in prisons*, <https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Activities/Prisons/2014/MentalHealth-2013-dlv.pdf>; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2003), *Annual report 2003: The state of the drugs problem in the European Union and Norway*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2003>
488. La Regla de las enmendadas Reglas de Mandela estipulan un chequeo médico al momento de admisión y después de realizada esta, a cargo de un médico u otro profesional calificado de salud, prestando "especial atención" a una serie de temas enumerados, como la identificación de síntomas de abstinencia debidos al consumo de drogas, medicamentos o alcohol; y la realización de todas las medidas de tratamiento individualizado pertinentes
489. Kazatchkine, M. (2 de mayo de 2014), "Is Moldova leading the world on harm reduction in prisons?", *Huff Post Blog*, <http://www.huffingtonpost.com/michel-d-kazatchkine/is-moldova-leading-the-world-on-harm-reduction-in-prisons/>
490. Ibid
491. Hoover, J. (julio de 2009), *Harm reduction in prison: The Moldova model* (Nueva York: Open Society Institute Public Health Program), p. 52, <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/harm-reduction-prison-moldova-model>
492. Ibid, p. 46
493. Ibid, pp. 11 y 52-54
494. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2007), *Evidence for action technical papers – Interventions to address HIV in prisons: Needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>; Harm Reduction Coalition (enero de 2007), *Syringe exchange in prisons: The international experience*, <http://harmreduction.org/wp-content/uploads/2012/01/harmreductionprisonbrief.pdf>
495. Harm Reduction International (2014), *The global state of harm reduction 2014*, pp. 11 y 18, <http://www.ihra.net/contents/1524>
496. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014), *Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas*, p. 13, http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/85534/1/9789243596273_spa.pdf; Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2007), *Evidence for action technical papers – Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments*, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf
497. Únicamente en salas para visita conyugal
498. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Mundial de la Salud, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008), *HIV and AIDS in places of detention – A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*, <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
499. Leibowitz, A.A., et al (4 de mayo de 2012), "Condom distribution in jail to prevent HIV infection, Aids and behaviour", 17 (8): pp. 2695–2702, citado en: HIV Law Project, *Condoms in prisons: Safe, effective and essential, factsheet*, <http://hivlawproject.org/wp-content/uploads/2014/11/condoms-in-prison-fact-sheet-FINAL.pdf>
500. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2007), *Evidence for action technical papers: Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Provision of condoms and other measures to decrease sexual transmission*, p. 7, http://www.who.int/hiv/du/Prisons_condoms.pdf
501. Todts, S. (2014), *Infectious diseases in prison*; Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comité Internacional de la Cruz Roja, Grupo Pompidou, Consejo de Europa y Schweizerische Eidgenossenschaft (2014), *Prisons and health*, p. 53
502. Public Health England, *Frequently asked questions (FAQs) to support opt-out BBV testing policy*, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/365192/BBVs_Frequently_Asked_Questions.pdf; véase también: Capítulo 18, *Hepatitis B vaccination in the Green book: Immunisation against infectious disease*, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/263311/Green_Book_Chapter_18_v2_0.pdf
503. Información de: CND Blog (18 March 2014), *Side event: Harm reduction in prisons*, Orador: José Manuel Arroyo, Subdirector de servicios de salud carcelarios en España, Ministerio del Interior, <http://cndblog.org/2014/03/side-event-harm-reduction-in-prisons/>
504. European Centre for Disease Prevention and Control (2012), *Thematic report: Prisoners – Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 Progress Report*, p. 4, citando fuente como informe de GARP 2012: Epidemiological surveillance in prisons, <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-monitoring-report-prisoners-october-2013.pdf>
505. Ferrer-Castro, V., et al (marzo-junio 2012), "Evaluación del Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense): diez años de experiencia", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14 (1), http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n1/en_02_original1.pdf
506. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *Good governance for prison health in the 21st century: A policy brief on the organization of prison health*, p. 17, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf
507. Ibid, pp. vi y 17
508. Weissner P. y Stuikeyte R. (2010), *Discussion paper: Does it matter which government ministry is responsible for health in prison?* (Bruselas: European AIDS Treatment Group), <http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/World-Policy/Discussion-paper-Does-it-matter-which-ministry-is-responsible-for-health-in-prison>
509. Hayton P., Gatherer A. y Fraser A. (2010), *Prisoner or patient: Does it matter which government ministry is responsible for the health of prisoners?* (Copenhague: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa), <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/pages/news/news/2010/11/from-prison-health-to-public-health/patient-or-prisoner-does-it-matter-which-government-ministry-is-responsible-for-the-health-of-prisoners>
510. Moloney, K.P., Van den Bergh, B.J. y Moller, L.F. (2009), "Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history", *Public Health*, 123 (6): pp. 426-430
511. Penal Reform International (2015), *Women in criminal justice systems and the added value of the UN Bangkok Rules*, pp. 5-6, <http://www.penalreform.org/resource/women-in-the-criminal-justice-system-the-added-value/>; Informe ante la Asamblea General de la ONU de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Rashida Manjoo, *Causas, condiciones y consecuencias de la encarcelación para las mujeres*, A/68/340, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/68/340>; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014), *Handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment*, 2ª edición, pp. 8-10, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf
512. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008), *Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario*, p. 2, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Women_and_HIV_in_the_carcer_environment.pdf

unodc.org/documents/hiv-aids/UNODC_UNAIDS_2008_Women_and_HIV_in_prison_settings-SP.pdf

513. Un informe elaborado en 2010 Indonesia, por ejemplo, encontró que la prevalencia del VIH era más de cinco veces más alta entre las mujeres encuestadas (6%) que entre sus contrapartes varones (1%). Véase: Department of Corrections Ministry of Justice and Human Rights (2010), *HIV and syphilis prevalence and risk behavior study among prisoners in prisons and detention centres in Indonesia*. Jakarta, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HSPBS_2010_final-English.pdf; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (2015), 'Chapter 3: Prisoners', *The gap report*, p. 3, http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report; Blogg, S., Utomo, B., Silitonga, N., Hidayati, D. y Sattler G. (2014), *Indonesian national inmate bio-behavioural survey for HIV and syphilis prevalence and risk behaviours in prison and detention centres* (Nueva York: Sage Publications), <http://sgo.sagepub.com/content/4/1/2158244013518924>
514. Harm Reduction International (2014), *The global state of harm reduction 2014*, pp. 11 y 18, <http://www.ihra.net/contents/1524>. Por ejemplo, Mauricio se encuentra entre los países que brindan tratamiento para la dependencia de sustancias únicamente en prisiones para varones
515. Penal Reform International (2015), *Women in criminal justice systems and the added value of the UN Bangkok Rules*, p. 10, <http://www.penalreform.org/resource/women-in-the-criminal-justice-system-the-added/>; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONU Mujeres, Organización Mundial de la Salud, e International Network of People Who Use Drugs (2014), *Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs*, pp. 2, 6, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf.
516. Resolución del ECOSOC 2010/16, *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes* (Reglas de Bangkok), https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crime-prevention/65_229_Spanish.pdf
517. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (24 de julio de 2014), *Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia*, CEDAW/GEO/CO/4-5, párr. 31(e), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GEO/CO/4-5&Lang=En
518. Connections Project, *Good practice in preventing drug misuse and related infections in criminal justice systems in Europe*, <http://www.ohrn.nhs.uk/resource/policy/GuidelinesdrugsHIVEUCJS.pdf>
519. Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía (2012), *Prisons and drugs in Europe: The problem and responses*, p. 25, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191812_EN_TD-SI12002ENC.pdf
520. Connections Project, *Good practice in preventing drug misuse and related infections in criminal justice systems in Europe*, <http://www.ohrn.nhs.uk/resource/policy/GuidelinesdrugsHIVEUCJS.pdf>
521. Gesundheit Österreich y Sogeti (abril de 2013), *Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries*, p. 29, http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/drug-dependence-systematic-review_en.pdf
522. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa (2014), *Preventing overdose deaths in criminal justice systems*, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf
523. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y Organización Mundial de la Salud (2013), *Discussion paper 2013: Opioid overdose: Preventing and reducing opioid overdose mortality*, p. 6
524. Montanari, L., et al. (2014), *Drug use and related consequences among prison populations in European countries*; Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa (2014), *Prisons and health*, p. 110
525. Fazel, S. y Baillargeon, J. (12 de marzo de 2011), "Review: the health of prisoners", *The Lancet*, 377 (9769): pp. 956-965, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61053-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61053-7/abstract)
526. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012), *Nota sobre políticas prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones*, http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf?ua=1
527. Hariga, F. (2014), "HIV and other bloodborne viruses in prisons", en: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa (2014), *Prisons and health*, p. 53; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y Organización Mundial de la Salud (2013), *Discussion paper 2013: Opioid overdose: Preventing and reducing opioid overdose mortality*
528. Bullock, T. (2003), "Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison", en: Ramsay, M. (ed.), *Prisoners' drug use and treatment: Seven research studies*. Home Office Research Study 267 (Londres: Ministerio del Interior)

Capítulo 4:

Drogas, desarrollo y derechos de grupos indígenas

Introducción al capítulo

Existen claros vínculos entre el desarrollo y la producción, el tráfico y el consumo ilícitos de drogas. Generalmente, las acciones para el control de drogas se han centrado en la aplicación de la ley y la prohibición, en un intento por reducir la escala del mercado ilícito de drogas. Actualmente, sin embargo, el comercio de drogas vale cientos de miles de millones de dólares al año, y afecta a todos los aspectos de la economía mundial y de la vida de grupos vulnerables, mientras que la producción, el tráfico y la dependencia de drogas continúan concentrándose mayormente entre algunas de las comunidades más pobres y marginalizadas de todo el mundo.

Se han realizado esfuerzos para avanzar hacia un enfoque del control de drogas a nivel internacional que esté centrado en el desarrollo, con intentos de vincular los debates sobre fiscalización de las drogas en la ONU con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A nivel nacional, en ocasiones ello se ha traducido en políticas que buscan mejorar la gobernanza, incrementar la seguridad, proteger la salud, brindar medios de vida sostenibles, y desarrollar nuevas metas e indicadores para evaluar el éxito de las políticas sobre drogas. Estos temas se exploran en el **capítulo 4.1**.

El **capítulo 4.2** analiza además los aspectos y retos clave para proporcionar medios de vida sosteni-

bles en áreas rurales afectadas por los cultivos ilícitos. El concepto de medios de vida sostenibles ha evolucionado en el transcurso del tiempo para comprender un enfoque al desarrollo más amplio, apuntalado por las siguientes consideraciones: la necesidad de descriminalizar a agricultores involucrados en cultivos ilícitos e implicarlos como socios clave en programas de desarrollo; la necesidad de asegurar una adecuada secuencia en la reducción de cultivos ilícitos para priorizar el desarrollo rural a pequeña escala e integrar programas en planes más amplios de desarrollo; y la necesidad de promover la gobernanza y el Estado de derecho.

Finalmente, el **capítulo 4.3** considera la necesidad de proteger los derechos de los grupos indígenas, en particular su derecho ancestral, tradicional, cultural y religioso de cultivar y utilizar plantas que son fiscalizadas a nivel internacional. Este capítulo ofrece una visión general de la jurisprudencia, excepciones legislativas, normas constitucionales y regímenes regulatorios legales que se han establecido en todo el mundo para proteger los usos tradicionales de plantas psicoactivas para grupos indígenas, y que pueden servir como guía para los gestores de políticas que buscan promover los derechos humanos de los pueblos indígenas.

4.1

Un enfoque del control de drogas orientado al desarrollo

Principales recomendaciones

- Debería realizarse un análisis exhaustivo de las leyes y políticas en el contexto de los ODS para asegurar que la fiscalización de las drogas aborde los factores sociales y económicos que subyacen a la participación en el comercio de drogas. Tal fiscalización debería incluir un análisis de cómo las políticas sobre drogas afectan a la capacidad de las comunidades, territorios y países para cumplir las metas de los ODS
- Las políticas de drogas no deberían orientarse a reducir la escala general del mercado, sino a reducir los daños asociados con estos mercados, como la inseguridad, la corrupción, la violencia, los daños a la salud, etc.
- Las leyes y las políticas de drogas se deberían revisar para asegurar el acceso a medicamentos esenciales, así como a servicios para la reducción de daños y tratamiento
- Las políticas y prácticas en las zonas donde se producen cultivos ilícitos deberían replantearse, con miras a abandonar la erradicación forzada y adoptar un enfoque de desarrollo de largo plazo centrado en medios de vida sostenibles
- Las sanciones penales para personas que usan drogas y pequeños agricultores que participan en el cultivo de drogas ilícitas deberían eliminarse, y se debería asegurar la proporcionalidad en la determinación de penas para todos los delitos de drogas
- Debería adoptarse un enfoque con perspectiva de género para abordar las vulnerabilidades específicas de las mujeres implicadas en el comercio de drogas
- Se deberían establecer y fortalecer mecanismos para proteger y promover los derechos humanos, así como para eliminar la impunidad ante la violación de los mismos
- Se debería desarrollar un nuevo conjunto de indicadores orientados al desarrollo para medir el éxito del control en drogas desde un enfoque de desarrollo humano.

Introducción

Hasta hace poco, la conexión entre drogas, políticas sobre drogas y desarrollo había sido mayormente ignorada tanto por las agencias de desarrollo como por los organismos de control de drogas de la ONU. Sin embargo, si bien resulta compleja y polifacética, es innegable la relación entre la fiscalización de drogas y las metas de desarrollo. La mera escala del mercado ilícito de drogas –que se estima entre 449 y 674 mil millones de dólares al año, usando la clasificación del Banco Mundial para 2014–⁵²⁹ puede afectar muchos aspectos de la economía mundial, tanto como dar forma a la creación de empleos, determinar el acceso a la tierra y a los mercados, hacer oscilar tendencias en la banca, impulsar flujos financieros a través de las fronteras, afectar los servicios públicos e influir en decisiones políticas.⁵³⁰

Actualmente, millones de personas sobreviven debido al comercio ilícito de drogas, un contexto que las agencias de desarrollo y de drogas ya no pueden permitirse ignorar. En algunas áreas del mundo, como en Afganistán, Malí o Colombia, la división entre economías lícitas e ilícitas se ha vuelto borrosa, ya que la delincuencia organizada proporciona los empleos, la inversión, la estabilidad y la seguridad que el Estado no está en capacidad de brindar, mientras que los capos de la droga ganan elecciones en los gobiernos locales y nacionales.⁵³¹ Ello puede tener un impacto significativo en la credibilidad y la estabilidad de los Estados a largo plazo, y en la provisión de seguridad y la creación de una economía lícita sólida.

Las políticas sobre drogas sensibles al desarrollo han estado generalmente limitadas a programas de desarrollo alternativo, aunque la mayoría de las estrategias para el control de drogas se ha centrado en esfuerzos policiales que han tendido a exacerbar la pobreza y la marginalización, e impedir el desarrollo sostenible.

En áreas donde se cultivan drogas, las campañas de erradicación han llevado a la destrucción del único medio de subsistencia de los agricultores, así como de cultivos legales que crecen cerca a los campos de coca y amapola. El uso de la fumigación química ha tenido un severo impacto sobre la salud de las comunidades afectadas, así como sobre el medio ambiente



Niños de la etnia wa en un campo de amapola, Myanmar

y ecosistemas frágiles, afectando la seguridad alimentaria, contaminando el suministro de agua y causando el empobrecimiento de la tierra en el largo plazo y profundizando la deforestación para plantar nuevos cultivos.⁵³² A menudo, los agricultores afectados, sus familias y a veces comunidades enteras no tienen otra opción que mudarse a áreas más remotas, donde el acceso a escuelas, empleo y otros servicios sociales y de salud pueden no estar disponibles, llevando a que el conflicto y las acciones para la reducción de la oferta se difundan a otros territorios y comunidades. Las comunidades indígenas y étnicas se ven especialmente afectadas por estas políticas.

Aun cuando se han establecido programas de desarrollo alternativo, estos se han centrado en la reducción de cultivos más que en el desarrollo sostenible como principal objetivo y, por lo tanto, no se han traducido en los resultados esperados, como inversiones de largo plazo, o con asegurar la apropiación por parte de la comunidad local, el acceso a mercados e infraestructura, o la participación significativa de agricultores y grupos indígenas como socios en el desarrollo.⁵³³

Los centros para el tráfico de drogas suelen surgir en regiones frágiles, afectadas por conflictos y el subdesarrollo, donde la gobernanza es débil y los grupos de crimen organizado están en condiciones de corromper, influenciar o esquivar la acción de las instituciones del Estado. En estas áreas, los traficantes de drogas ocupan una posición de poder, ofreciendo los servicios de salud básica, de seguridad y otros servicios sociales que la población local requiere, incluyendo el empleo en la economía ilícita a cambio de alojam-

iento gratuito, transporte, información y una forma de cooperación local que protege a los traficantes de las acciones de las fuerzas del orden. En tales contextos, el comercio ilícito de drogas está fuertemente entrelazado en el mismo tejido social de las comunidades.⁵³⁴ Un enfoque orientado a la aplicación de la ley que desatienda esta situación a menudo termina alimentando más violencia (por ejemplo, en México y Brasil), corrupción, hacinamiento en las prisiones, y exacerbando la pobreza y marginalización social de comunidades vulnerables.

Las mujeres son particularmente vulnerables a involucrarse en actividades ilícitas relacionadas con drogas debido a la desigualdad de género que continúa caracterizando a las sociedades de todo el mundo, así como a la discriminación de género en cuanto al acceso a educación y empleo.⁵³⁵ El encarcelamiento de mujeres durante prolongados períodos de tiempo por delitos menores y no violentos relacionados con drogas (a menudo como “mulas” que transportan las sustancias o como microtraficantes) ha tenido un impacto significativo en sus vidas, pero también en las de sus hijos y otros dependientes que a continuación quedan en situación de grave pobreza, sin más opciones que acompañar a sus madres en cárcel, o ir a parar a la calle.⁵³⁶

El consumo de drogas es un fenómeno global; sin embargo, los daños relacionados con las drogas a menudo se concentran en áreas pobres y marginalizadas, donde el acceso a servicios para la reducción de daños y el tratamiento para la dependencia de drogas pueden ser muy limitados. La criminalización de las



Un usuario habla con una profesional de la salud en un servicio de intercambio de jeringuillas en la clínica móvil de Humanitarian Action Fund en San Petersburgo, Rusia, donde el gobierno mantiene una fuerte oposición a la reducción de daños

personas que consumen drogas ha llevado a un significativo estigma y discriminación, así como a abusos generalizados de los derechos humanos. Las mujeres que usan drogas sufren un nivel adicional de estigma en muchas regiones del mundo, por cuanto se considera que contravienen las funciones “naturales” de las mujeres en la sociedad, como madres y cuidadoras.⁵³⁷ También enfrentan niveles exacerbados de violencia. Severas prácticas de aplicación de la ley sobre drogas impiden que las personas accedan a servicios para la reducción de daños, tratamiento de la dependencia y otros tipos de atención de salud que requieren, lo cual afecta a su salud y bienestar, pero también produce significativos costos de salud y bienestar que son prevenibles.

Asuntos legislativos y de política relacionados

Un enfoque de implementación de la ley de drogas orientado al desarrollo requiere ir más allá de un enfoque centrado en la aplicación de la ley, con el objetivo de abordar las causas que originan la participación en el comercio ilícito de drogas, como la pobreza, la desigualdad y una gobernanza débil. Aunque no hay soluciones simples, a continuación se ofrecen algunas sugerencias sobre cómo abordar algunos de estos temas subyacentes.

Mejorar la gobernanza

Fortalecer la gobernanza democrática y la rendición de cuentas, la fiscalización legislativa, la transparencia de las cuentas públicas, el mejoramiento del gasto

público en servicios sociales y de salud, promover procesos participativos para ciudadanos (incluidas comunidades afectadas por las políticas de drogas),⁵³⁸ y desarrollar las capacidades de las autoridades locales para prestar servicios básicos son pasos importantes para reducir la corrupción y la infiltración del crimen organizado en instituciones del gobierno.⁵³⁹

Tales políticas deberían apuntar a reforzar el Estado de derecho, mejorar la seguridad ciudadana y asegurar un acceso adecuado a la justicia.⁵⁴⁰ Este último objetivo debería incluir la revisión de leyes y políticas que han llevado al encarcelamiento generalizado de personas que usan drogas, agricultores de subsistencia y personas que cometen delitos no violentos y de bajo nivel relacionados con las drogas, para asegurar la proporcionalidad en la determinación de penas y promover alternativas al encarcelamiento (para más información, véanse los capítulos 3.3 y 3.4). Mejorar la gobernanza también implica poner fin a la impunidad mediante el desarrollo de sólidos mecanismos para garantizar que las víctimas de los abusos de los derechos humanos como resultado del control de drogas, tengan un acceso adecuado a la justicia.

Las iniciativas que resultan en mayores niveles de empleo e ingresos, acceso más equitativo a la tierra y otros recursos, y una mejor protección contra las crisis económicas también pueden desarrollar capacidad de resistencia entre comunidades vulnerables para limitar su participación en actividades ilícitas.⁵⁴¹

A veces, sin embargo, el mejoramiento de la gobernanza en el corto plazo solo puede garantizarse mediante el otorgamiento de concesiones y compromisos con



Un cocalero de Nor Yungas (Bolivia) barre hojas recién recogidas para llevarlas al mercado después de ser secadas en un patio de piedra laja, llamado kachi en aimara

criminales y traficantes organizados, a fin de reducir los niveles de violencia y desorden público; a veces, esta es la única manera de fortalecer los mecanismos de gobernanza en el largo plazo.⁵⁴²

Mejorar la seguridad

En un contexto de violencia e inseguridad, el desarrollo es simplemente inalcanzable. Tal es el caso en particular en zonas afectadas por conflictos armados o que están saliendo de esta situación. En algunos casos, las medidas de implementación de la ley sobre drogas –especialmente donde las fuerzas armadas participan como un instrumento de represión contra quienes cultivan y trafican las drogas– han tendido a exacerbar la inseguridad y la violencia relacionadas con los mercados de drogas. En áreas donde la presencia del Estado es únicamente vista como una maquinaria represiva contra la población local, el gobierno puede perder credibilidad frente a la delincuencia organizada, que menudo tiene mayor capacidad para brindar seguridad y protección a las comunidades dentro de las cuales opera. En consecuencia, el mejoramiento de la seguridad humana en áreas fuertemente afectadas por la producción ilícita y el tráfico de drogas debe ser una prioridad fundamental para un enfoque de desarrollo aplicado al control de drogas.⁵⁴³

La evidencia indica claramente que los mercados ilícitos de drogas no son inherentemente violentos.⁵⁴⁴ Una serie de estrategias han llevado a una disminución de la violencia relacionada con las drogas, una estrategia modernizada de aplicación de la ley sobre drogas puede ayudar a dar forma a los mercados ilícitos de manera que sean menos dañinos a la población local,

y ser más beneficiosa para apoyar acciones de desarrollo (para más información, véase el capítulo 3.5).

Proteger la salud

La falta de acceso a servicios de salud puede obstaculizar seriamente la capacidad de las personas para acceder a educación y empleo y, en consecuencia, para participar en la economía de un país. La propagación de infecciones como el VIH y la hepatitis puede crear también una carga significativa sobre el sistema de salud y la economía de un país. Por ende, asegurar un acceso adecuado a programas para la reducción de daños y tratamientos para la dependencia de drogas basados en evidencias constituye un importante componente de un enfoque de control de drogas orientado al desarrollo (para más información, véanse los capítulos 2.5 y 2.6). Ello también implica la eliminación de barreras legislativas y políticas para acceder a servicios de reducción de daños y tratamiento, en particular la criminalización de las personas que usan drogas (véase el capítulo 3.1).

Proporcionar medios de vida sostenibles

Hay amplia evidencia que muestra los severos impactos de las campañas de erradicación forzada sobre las poblaciones locales. Las leyes y regulaciones deberían revisarse urgentemente para asegurar acceso adecuado a recursos naturales, así como a una distribución justa y equitativa de los beneficios que provienen del uso sostenible de la biodiversidad por parte de las comunidades locales, incluidos grupos indígenas.

Las campañas de fumigación deberían suspenderse inmediatamente, considerando la falta de éxitos

Cuadro 1 Una política de drogas consagrada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁵⁴⁵

En septiembre de 2015, representantes de los gobiernos se reunieron en Nueva York para adoptar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).⁵⁴⁶ Estos reemplazan a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que llegaron a su fin en 2015. Los ODS trazan 17 ambiciosas metas que enmarcarán la agenda de desarrollo hasta el año 2030. Aunque las sustancias fiscalizadas a nivel internacional son mencionadas solo una vez dentro de estas metas como el Objetivo 3.5, para “Fortalecer la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias, incluido el abuso de drogas estupefacientes y el uso nocivo del alcohol” – existe un amplio margen para vincular las políticas de control de drogas con las metas de los ODS.⁵⁴⁷ Hay, sin embargo, una serie de contradicciones entre las metas establecidas por los ODS y las actuales políticas sobre drogas.⁵⁴⁸ Los ODS no pueden alcanzarse a menos que las políticas y estrategias para el control de drogas se sometan a un análisis exhaustivo:

Objetivo 1: “Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo”: Solo se logrará el fin de la pobreza si los gobiernos abordan los factores sociales y económicos subyacentes que

llevan a las personas a participar en el comercio de drogas, en lugar de exacerbar ciclos de pobreza y marginalización a través de la destrucción de cultivos y el encarcelamiento de grandes segmentos de la sociedad por delitos de drogas menores y no violentos.

Objetivo 2: “Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible”: La agricultura sostenible y la seguridad alimentaria solo se lograrán cuando los programas de desarrollo alternativo estén plenamente consagrados dentro de una estrategia de desarrollo integral y de largo plazo en las áreas de concentración de la producción de cultivos ilícitos, involucrando a los pequeños agricultores y grupos indígenas como socios paritarios en el diseño y la aplicación de estas políticas.

Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”: Este objetivo solo se logrará cuando las leyes y políticas sobre drogas sean analizadas para asegurar el acceso adecuado y asequible a sustancias controladas a nivel internacional, como la morfina para aliviar el dolor y para cuidados paliativos.



Fotografía: CAFOD

Igualmente, la cobertura universal de salud solo se alcanzará cuando las personas que usan drogas puedan acceder a programas para la reducción de daños, el tratamiento y otros servicios que necesitan, sin temor a sufrir arresto o discriminación.

Objetivo 5: “Lograr la equidad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas”: La equidad de género solo se alcanzará si los gobiernos reconocen los muchos factores de vulnerabilidad que impulsan a las mujeres a participar en el comercio de drogas.

Objetivo 15: “Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y frenar la pérdida de la diversidad biológica”: Detener la degradación solo se logrará si los gobiernos ponen fin de manera permanente a las campañas de fumigación aérea y manual. La protección del hábitat de las poblaciones indígenas no se logrará a menos que los gobiernos establezcan leyes firmes que protejan los derechos de los grupos indígenas a cultivar y utilizar plantas como la coca y la amapola con fines tradicionales y ancestrales.

Objetivo 16: “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles”: La provisión de acceso a la justicia para todas las personas, y el desarrollo de instituciones eficaces y que rindan cuentas solo se lograrán cuando se ponga fin a la impunidad por las violaciones de los derechos humanos relacionadas con la aplicación de la ley sobre drogas (como asesinatos extrajudiciales, desapariciones, etc.).

Objetivo 17: “Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible”: Solo se logrará una alianza global para el desarrollo cuando las comunidades afectadas —incluidas las personas que usan drogas y los pequeños agricultores que participan en la producción de cultivos ilícitos— sean consideradas por los gobiernos como socios paritarios en el diseño y la aplicación de las leyes y políticas sobre drogas a todos los niveles del gobierno. Esta meta resalta la necesidad de eliminar las sanciones penales para personas que consumen drogas y para los pequeños agricultores.

obtenidos a la fecha en cuanto a reducir la escala de cultivos y el impacto a largo plazo del uso de productos químicos sobre las tierras y comunidades, el desplazamiento de los grupos afectados como resultado de las campañas y la deforestación de nuevas áreas (en ocasiones pertenecientes a parques naturales u otras tierras protegidas) para volver a producir cultivos destinados al mercado ilícito de drogas.

Finalmente, es esencial reconocer que en las áreas de cultivo de drogas actualmente las personas solo pueden sobrevivir, no porque se hayan convertido en objetivo de los programas de desarrollo sino porque han pasado a formar parte de la economía ilícita de las drogas. Los programas de desarrollo alternativo deberían estar consagrados en políticas integrales de desarrollo que incluyan la protección del medio ambiente, el desarrollo de una infraestructura sólida y un acceso adecuado a mercados legales, así como la implicación de las comunidades locales como socios paritarios (para más información, véase el capítulo 4.2).

Asuntos de implementación

Uno de los principales temas a considerar para la aplicación de un enfoque de control de drogas orientado al desarrollo consiste en cómo se medirá y evaluará el éxito. Tradicionalmente, las mediciones e indicadores empleados para medir el éxito en cuanto a la fiscal-

ización de las drogas se han centrado en indicadores de *proceso*, tales como el número de incautaciones, las hectáreas de cultivos ilícitos erradicados, el número de personas arrestadas y/o encarceladas. Estos indicadores han hecho poco por medir el verdadero impacto de la fiscalización de las drogas sobre los resultados referidos al desarrollo.

Proponemos el desarrollo de un nuevo conjunto de mediciones e indicadores que de verdad logre medir por completo los temas de salud relacionados al uso de drogas, así como el impacto de las políticas de drogas sobre los derechos humanos, la seguridad y el desarrollo. Estos podrían incluir:

- **Metas** que aborden las causas que originan la participación en la producción, la distribución y el uso ilícitos de drogas; por ejemplo:⁵⁴⁹
 - Reducir la pobreza
 - Mejorar la seguridad alimentaria y el acceso a mercados lícitos
 - Abordar problemas de tenencia de la tierra
 - Mejorar la seguridad
 - Incrementar la igualdad de género
 - Reducir la corrupción y la impunidad
 - Mejorar el bienestar de la comunidad mediante un mejor acceso a la atención de la salud, la educación y el empleo, etc.

- **Indicadores** basados en el Índice de Desarrollo Humano,⁵⁵⁰ que ofrece un conjunto útil de herramientas plausibles de ser adaptadas al control de drogas. Los nuevos indicadores podrían incluir:⁵⁵¹

- % de personas que viven sobre la línea de la pobreza en comunidades afectadas por el comercio de drogas
- % de personas que tienen acceso a la tenencia de la tierra en áreas vulnerables al comercio de drogas, o afectadas por este
- % de personas que tienen acceso a viviendas estables en comunidades afectadas por el comercio de drogas
- % de personas que tienen acceso a educación primaria, secundaria y superior
- % de personas que trabajan en la economía lícita
- Número de personas que tienen acceso a información y servicios de atención de la salud, incluidos programas de reducción de daños y servicios de tratamiento al uso dependiente de drogas
- Número de mujeres que usan drogas y que acceden a servicios de reducción de daños y tratamiento de la dependencia al uso de drogas
- Número de muertes por sobredosis debido al uso de drogas
- Incidencia del VIH, la hepatitis y la tuberculosis entre personas que usan drogas, y % de infección entre personas que usan drogas, comparado con la población en general
- % de personas que sufren de dolor moderado a severo y que tienen acceso a medicamentos para aliviar el dolor
- % de víctimas de abusos de los derechos humanos que inician procedimientos judiciales contra sus perpetradores
- Número de personas (desagregado por género) encarceladas por delitos de drogas, y % de reclusos (desagregado por género) condenados por delitos de drogas dentro de la población carcelaria general
- % de personas que han cometido delitos de drogas y que se beneficiaron de alternativas al encarcelamiento y/o castigo

- Reducción de los niveles de violencia y corrupción en áreas afectadas por la producción y el tráfico de drogas
- Reducción del número de personas desplazadas de sus tierras debido a actividades para la erradicación de cultivos y otras acciones de implementación de la ley sobre drogas
- Mecanismo(s) establecido(s) para la participación de comunidades afectadas en la gestión y la aplicación de políticas.

Recursos clave

- Gutiérrez, E. (2015), *Drugs and illicit practices: Assessing their impact on development and governance* (Christian Aid), <http://www.christianaid.org.uk/Images/Drugs-and-illicit-practices-Eric-Gutierrez-Oct-2015.pdf>
- Health Poverty Action y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (noviembre de 2015), *Drug policy and the sustainable development goals*, <http://idpc.net/publications/2015/11/drug-policy-and-the-sustainable-development-goals>
- Martin, C. (febrero de 2015), *Casualties of war: How the war on drugs is harming the world's poorest*, <http://idpc.net/publications/2015/02/casualties-of-war-how-the-war-on-drugs-is-harming-the-world-s-poorest>
- Melis, M. y M. Nougier (octubre de 2010), *Informe del IDPC – Políticas de drogas y desarrollo El impacto de las políticas de drogas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Drug-policy-and-development-SPA.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (junio de 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>

Principales recomendaciones

- Décadas de experiencia en la promoción del desarrollo alternativo muestran que la reducción del cultivo de coca y amapola es un problema de largo plazo que requiere una solución de largo plazo, y que implica metas más amplias de consolidación del estado y de desarrollo. Las estrategias gubernamentales deben basarse en promover el crecimiento económico y prestar servicios básicos; la consolidación de la institucionalidad democrática y el Estado de derecho; el respeto de los derechos humanos; y el fortalecimiento de la seguridad en las áreas rurales donde prosperan los cultivos de coca y amapola
- La erradicación forzada de cultivos derivados hacia los mercados ilícitos se debería reemplazar por acciones en favor de medios de vida alternativos, los cuales deben ser integrados en planes de desarrollo a nivel local, regional y nacional, y ejecutarse en estrecha colaboración con sus respectivos beneficiarios
- El cultivo de productos destinados al mercado ilícito no debería criminalizarse; y se debería implicar a los agricultores como contraparte en la promoción del desarrollo rural
- Las comunidades locales deberían implicarse en el diseño, la ejecución, la supervisión y la evaluación de acciones en materia de desarrollo. Ello incluye el liderazgo comunitario, y la participación de organizaciones locales como grupos de productores y los propios agricultores. Las autoridades del gobierno pueden jugar un papel clave en movilizar, coordinar y respaldar la participación de la comunidad
- Los gobiernos deberían avanzar hacia modelos regulatorios para el cultivo de coca, la amapola y cannabis, respetando los usos tradicionales y lícitos de tales cultivos, y permitiendo su transformación a pequeña escala y a nivel industrial en productos para uso lícito
- Los gobiernos deberían proteger los derechos de propiedad biológica, cultural e intelectual en relación a las plants, semillas y otros derivados de las comunidades donde se cultivan y se usan tradicionalmente estos cultivos
- Los resultados no se deberían medir en función de las hectáreas de cultivos erradicados. Más bien, los programas de medios de vida alternativos deberían evaluarse empleando indicadores de desarrollo humano y socio-económico que midan el bienestar de la sociedad.⁵⁵²

Introducción

Colombia, Perú y Bolivia, ubicados en América Latina, son la principal fuente de hoja de coca, materia prima de la cocaína.⁵⁵³ De 2002 a 2010, Colombia encabezó el cultivo de coca en la región, aunque, en años recientes, Perú ha surgido como el líder mundial en cuanto a hectáreas de coca cultivadas. En 2013, el año más reciente para el que existen datos fidedignos, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) reportó que Colombia tenía 48.000 hectáreas cultivadas, mientras que Perú tenía 49.800. Mientras tanto, en años recientes Bolivia ha experimentado reducciones sistemáticas, cayendo de 30.900

hectáreas en 2009 a 20.400 en 2014, probablemente debido a su innovador modelo de “control social”, que prioriza la reducción del cultivo de coca mediante la cooperación y el desarrollo sostenible por encima de la erradicación forzada. El país se ha fijado una meta de 20.000 hectáreas cultivadas para mantener un suministro de hoja de coca para consumo tradicional y otros usos lícitos.

El cultivo de la amapola, la materia prima utilizada para la elaboración de opio y heroína, se ha desplazado en el transcurso del tiempo. El Triángulo Dorado formado por Tailandia, la República Democrática Popular Lao y Myanmar, producían en un momento más del 70% del opio del mundo, la mayor parte del cual era refinado



Campo de amapola en Afganistán

para elaborar heroína. Desde 1998, se han producido en el Triángulo Dorado drásticas disminuciones del cultivo de opio; el cultivo se concentra ahora en lo que se conoce como la Media Luna de Oro, las áreas de cultivo de amapola en Afganistán y sus alrededores. Según la ONUDD,⁵⁵⁴ en 2014 Afganistán mantenía 224.000 hectáreas cultivadas de amapola, seguido por Myanmar, con 57.600. Aunque Afganistán incrementó su cultivo de amapola en más del 100% desde 1999, programas de medios de vida alternativos en el sudeste asiático contribuyeron a obtener importantes logros. Tailandia ha eliminado efectivamente sus pequeños cultivos de amapola, y la República Democrática Popular Lao ha experimentado igualmente considerables reducciones, con 6.200 hectáreas en 2014. Myanmar experimentó marcadas reducciones, desde una cifra récord de 128.642 hectáreas en 2000 hasta 24.000 en 2006, pero recientemente ha experimentado un incremento del cultivo.

Los esfuerzos para reducir la oferta se han medido, por lo general, según las áreas ocupadas por los cultivos, las cantidades producidas de cocaína y opio, y el número de hectáreas erradicadas. Estas cifras, sin embargo, no están exentas de controversia. Aunque los datos sobre cultivos elaborados por la ONU tienden a ser los más precisos, la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas de los Estados Unidos (ONDCP) publica sus propias estimaciones anuales sobre cultivos.⁵⁵⁵ Las cifras de la ONDCP son mucho menos transparentes y se publican sin explicación alguna sobre la metodología utilizada para obtenerlas. Sus hallazgos son particularmente cuestionables respecto a su divergencia con las cifras de la ONUDD en Bolivia, donde la ONDCP ha alterado retroactivamente estimaciones de años anteriores.⁵⁵⁶ Algunos de sus ajustes *post-facto* incluyen cambiar estimaciones sobre la producción potencial de cocaína, una vez más, sin ofrecer

explicación alguna de la metodología utilizada para su obtención. En Colombia, la ONDCP adelantó su fecha habitual para dar a conocer datos sobre estimados del cultivo de coca, para señalar un incremento en el cultivo en momentos en que el país debatía la eliminación de la dañina práctica de la fumigación aérea.⁵⁵⁷ Es importante señalar también que en la medida en que han mejorado el rendimiento de los cultivos y las técnicas de producción, se requieren menos hectáreas de cultivos, lo cual vuelve irrelevantes los indicadores sobre erradicación.

Las acciones para reducir los cultivos destinados al mercado ilícito de drogas han sido la piedra angular del enfoque de control de drogas basado en la oferta, y se encuentran estrechamente relacionadas con los objetivos de seguridad nacional y pública. Estas acciones han consistido principalmente en campañas de erradicación forzada de cultivos, que dependen de acciones de erradicación manual o fumigación aérea, y que se realizan sin consentimiento de los agricultores.

Décadas de evidencias muestran que, aunque este enfoque puede lograr reducciones de corto plazo de cultivos como la hoja de coca o la amapola, en el mediano o largo plazo los agricultores, ante la falta de otras fuentes viables de ingresos, se ven forzados a replantar los cultivos. En consecuencia, los cultivos pueden difundirse hacia nuevas áreas. Además, las campañas de erradicación están asociadas con violencia, conflictos y desplazamientos, así como con una serie de daños a la salud, ambientales y socio-económicos.⁵⁵⁸

En síntesis, la erradicación forzada ha empujado a algunas de las personas más pobres del planeta a una pobreza más profunda y resulta contraproducente. Aun cuando se despliegan acompañadas de programas de desarrollo alternativo, las campañas de erradicación socavan la cooperación con la comunidad local, lo cual

a su vez compromete la eficacia de la agenda de desarrollo. Es decir, causa desconfianza entre donantes, las instituciones del Estado y las comunidades receptoras, y menoscaba los propios esfuerzos de desarrollo requeridos para que los agricultores de subsistencia abandonen gradualmente los cultivos destinados al mercado ilícito de drogas. La criminalización del cultivo y, por ende, de los pequeños agricultores, equivale a la criminalización de la pobreza.

Asuntos legislativos y de política relacionados

Los cultivos empleados para producir sustancias controladas a nivel internacional tienden a presentarse en regiones muy remotas y extremadamente pobres del mundo, donde a menudo hay una presencia escasa o inefectiva del Estado. También tienden a presentarse en áreas donde imperan el conflicto y la violencia. Los factores fundamentales que impulsan tal cultivo son la pobreza y la inseguridad: los agricultores que viven en extrema pobreza ven el cultivo de amapola, coca o cannabis como un medio para obtener ingresos que complementan su agricultura de subsistencia. En términos simples, es una manera de satisfacer necesidades básicas. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) señala que: “Las condiciones de escasez, desplazamiento, abandono del Estado, aislamiento económico y geográfico, e inseguridad respecto a medios de vida, incluyendo situaciones de conflicto, incrementan la vulnerabilidad de los campesinos y agricultores pobres a involucrarse en la producción de cultivos utilizados en la producción de drogas”.⁵⁵⁹

Reconociendo este hecho, hace varias décadas los responsables de políticas empezaron a incorporar los

programas de “sustitución de cultivos” a las acciones para el control de drogas, usualmente llevados a cabo conjuntamente con la erradicación forzada. Sin embargo, se ha prestado escasa atención a los problemas que llevaron a los agricultores a recurrir al cultivo de drogas inicialmente, como la falta de caminos e infraestructura de transporte, falta de acceso a crédito y a mercados, etc. Ello llevó al desarrollo del concepto de “desarrollo alternativo”, un enfoque más integrado. Este, a su vez, evolucionó posteriormente hacia el principio de “medios de vida alternativos”, que se centra en mejorar la calidad de vida en general en estas áreas rurales. Actualmente, muchos se refieren a estos esfuerzos con diversos términos como “desarrollo en un entorno de drogas”, “control de drogas orientado al desarrollo” o incluso “seguridad alimentaria”. Estas acciones buscan promover el desarrollo económico equitativo en las áreas rurales empleadas para los cultivos con los que se producen drogas ilícitas.

Este enfoque reconoce que los agricultores solo podrán reducir su dependencia de los ingresos provenientes de cultivos de coca y amapola si se les brindan medios de vida alternativos mediante un desarrollo multisectorial de largo plazo. Este es diseñado para mejorar la calidad de vida en general de los agricultores, incluyendo: asegurar la seguridad alimentaria y el acceso a la tierra; mejorar el acceso a atención de la salud, educación y vivienda; desarrollar infraestructura y otros servicios públicos; y generar ingresos provenientes tanto de la agricultura como de otras actividades.⁵⁶⁰ Tales programas ya no se centran exclusivamente en reducir la producción de cultivos destinados al mercado ilícito de drogas, sino que están incorporados o transversalizados en estrategias integrales para el desarrollo rural y el crecimiento económico. Específi-



Sembradillo de coca fumigado en Guaviare, Colombia

Fotografía: Adam Schaffer, WOLA

camente, requieren la inserción de estrategias para la reducción de cultivos de coca y amapola en iniciativas de desarrollo a nivel local, regional y nacional.

Asuntos de implementación

Este concepto más amplio de desarrollo alternativo es ahora reconocido ampliamente y se encuentra consagrado en los principios internacionales de la ONU sobre desarrollo alternativo.⁵⁶¹ Sin embargo, no todos los países aplican estas políticas del mismo modo; de hecho, muchos países, como Perú y Colombia, continúan priorizando la erradicación forzada. En lo que constituye un serio golpe para los pequeños agricultores, el gobierno peruano puso en marcha en 2015 una reforma legal que criminaliza con 3 a 6 años de cárcel a los agricultores que replantan cultivos utilizados para elaborar drogas, después de verse sometidos a la erradicación forzada.

Para asegurar que el desarrollo alternativo alcance sus deseados resultados de reducir estos cultivos al mismo tiempo que mejora los medios de vida de agricultores vulnerables, deben ponerse en marcha las reformas siguientes.

Descriminalizar la producción de cultivos

La criminalización de agricultores de subsistencia involucrados en el cultivo de productos destinados al mercado ilícito de drogas ha causado daños significativos, a menudo generando impactos en comunidades enteras. Aunque algunos sostienen que la descriminalización de estos agricultores es contraria a los tratados internacionales de control de drogas, la continuación de estos castigos constituye un incumplimiento de legislación internacional de derechos humanos, e impone una significativa barrera al desarrollo. En 2012, el Parlamento colombiano inició discusiones sobre un proyecto de ley orientado a descriminalizar el cultivo de productos destinados al mercado ilícito de drogas.⁵⁶² Aunque el proyecto de ley está en espera de aprobación, las discusiones han continuado y constituyen un desafío clave en las conversaciones de pacificación entre el gobierno colombiano y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC). En el marco del proceso de paz, los agricultores que cultivan estos productos destinados al mercado ilícito de drogas han propuesto la creación de una organización para apoyar la creación de un mecanismo para regular estos cultivos.⁵⁶³

Asegurar una secuencia adecuada

Para evitar la resiembra descrita arriba debe contarse con medios de vida viables y sostenibles, antes que reducir significativamente los cultivos. Una vez que el desarrollo económico ha echado raíces y que se cuenta con fuentes alternativas de ingresos, los gobiernos y las agencias donantes internacionales

Cuadro 1 El modelo de medios de vida alternativos en Tailandia⁵⁶⁴

Desde 1969, el gobierno tailandés buscaba integrar las comunidades de la sierra a la vida nacional y, en tal sentido, llevó a cabo actividades sostenidas de desarrollo económico durante un período de 30 años. Con el paso del tiempo, se hizo evidente que las alternativas referidas a la agricultura eran por sí solas insuficientes. En consecuencia, se puso cada vez mayor énfasis en prestar servicios sociales como atención de la salud y escuelas, así como el desarrollo de infraestructura con caminos, electricidad y suministro de agua. Los programas de medios de vida alternativos se integraron en planes de desarrollo a nivel local, regional y nacional. Ello llevó a una mejora sostenida en la calidad de vida de los agricultores, y crecientes oportunidades para el empleo en actividades distintas a la agricultura. Con el tiempo, surgió un enfoque basado en la participación de la comunidad local.

La experiencia tailandesa apunta a la importancia de una adecuada secuencia de las acciones. Los esfuerzos para la reducción de cultivos empezaron apenas en 1984, tras 15 años de desarrollo económico sostenido. Aunque inicialmente tuvo lugar cierta erradicación forzada, la adopción de una secuencia adecuada permitió a los agricultores reducir gradualmente el cultivo de amapola, en la medida en que se desarrollaban otras fuentes de ingreso, evitando el problema de replantar cultivos que inevitablemente frustra los esfuerzos de erradicación. Aunque todo el proceso tomó cerca de 30 años, los resultados de la estrategia tailandesa han demostrado ser sostenibles; sin embargo, desde la década de 1990 se ha producido un incremento del consumo y la producción de metanfetamina en la región.⁵⁶⁵

La experiencia tailandesa también subraya la importancia de la consolidación de la institucionalidad local y la participación de la comunidad en el diseño, la aplicación, la supervisión y la evaluación de esfuerzos para el desarrollo. Las habilidades desarrolladas a nivel local se convirtieron en la base para la solución de problemas, y el liderazgo local fue plenamente integrado en la ejecución de proyectos.

pueden trabajar con las comunidades locales para alentar la gradual eliminación de cultivos empleados para producir sustancias controladas a nivel internacional. Las reducciones de cultivos siempre deben ser



La nutricionista María Eugenia Tenorio muestra sus recetas de productos de panadería con "harina" de coca (hojas de coca finamente molidas) en la Feria Coca y Soberanía 2004 en El Alto, Bolivia

voluntarias y llevarse a cabo en colaboración con la comunidad local. Tanto Tailandia (véase el cuadro 1) como Bolivia (véase el cuadro 3) brindan ejemplos de cómo un enfoque de desarrollo económico y una adecuada secuencia de las acciones han llevado a reducciones sostenidas en el cultivo de amapola y hoja de coca, respectivamente.

Incluir a los agricultores como socios clave en los programas de desarrollo

Los programas de desarrollo alternativo requieren que los pequeños agricultores ya no sean considerados como delincuentes, sino que sean vistos como actores clave involucrados en el diseño y la ejecución de los programas de desarrollo que les afectan (véase el cuadro 2).⁵⁶⁶ La implicación de los agricultores es necesaria, tanto porque los agricultores locales tienen un mejor conocimiento y comprensión de las condiciones geográficas locales, como para proteger los derechos y tradiciones culturales de las comunidades locales (véase el capítulo 4.3). Tal como resulta evidente en la experiencia tailandesa, la asimilación de la idea por parte de la comunidad y su participación son también factores clave para asegurar el éxito y continuidad del proyecto (véase el cuadro 1).

Priorizar el desarrollo rural de pequeña escala

Décadas de modelos de desarrollo económico neoliberales y pro-urbanos, de acuerdos de libre comercio y de esfuerzos por parte de los gobiernos para promover las agroindustrias han demostrado ser seriamente perjudiciales para los pobres rurales de todo el mundo. Las iniciativas de desarrollo rural deberían priorizar la promoción de la producción sostenible en pequeñas fincas, impulsar la reforma agraria, promover la diversificación de cultivos, estimular el desarrollo de industrias de procesamiento nacionales, y regular las importaciones y exportaciones a fin de proteger poblaciones y recursos vulnerables.⁵⁷¹ También deben respetar los derechos, las costumbres y las prácticas agrícolas de los pueblos indígenas.

Cuadro 2 Implicación de los agricultores en procesos de toma de decisiones

La participación de agricultores de subsistencia en la elaboración y la aplicación de políticas de drogas y programas de desarrollo en áreas de cultivos ilícitos sigue siendo un reto fundamental, dado que este sector sigue viéndose fuertemente criminalizado en la mayoría de países. Sin embargo, se han hecho intentos en todo el mundo para mejorar la participación de los agricultores en los procesos de toma de decisiones que les afectan.

En Bolivia, por ejemplo, los agricultores de subsistencia participan actualmente como contraparte estratégica clave del gobierno en estrategias para la reducción del cultivo de coca, como parte de un enfoque basado en el control social (véase el cuadro 3).⁵⁶⁷ Igualmente, en Colombia los agricultores cocaleros han estado fuertemente involucrados en las conversaciones de paz entre el gobierno colombiano y las FARC, y en estos momentos se está discutiendo un proyecto de ley para descriminalizar el cultivo de productos destinados al mercado ilícito de drogas.⁵⁶⁸

En el sur de Asia, la participación comunitaria ha sido un factor fundamental de éxito para el programa de desarrollo alternativo tailandés (véase el cuadro 1). En Myanmar, sin embargo, los agricultores dedicados al cultivo de amapola siguen siendo excluidos, criminalizados y asediados por la policía y las fuerzas armadas. En septiembre de 2015, los agricultores que cultivan amapola y representantes de los estados de Kayah, Shan, Kachin y Chin se reunieron en la Alta Myanmar para adoptar una declaración que pone de relieve los problemas que enfrentan y exhorta a una reforma.⁵⁶⁹

A nivel global, el Foro Mundial de Productores de Cultivos Declarados Ilícitos (FMPCDI) adoptó una declaración política instando a que los agricultores sean "parte de los debates y toma de decisiones, a todos los niveles; con sus propios gobiernos, donantes y la ONU".⁵⁷⁰

Promover la gobernanza y el Estado de derecho

La consolidación nacional y la promoción de la gobernanza y del Estado de derecho son también componentes esenciales de un enfoque de medios de vida alternativos. Estos resultan particularmente necesarios

Cuadro 3 El modelo boliviano de desarrollo económico⁵⁷⁵

Al asumir el cargo en 2006, el presidente Evo Morales prorrogó un programa de cooperación para la reducción de coca, que había estado vigente desde octubre de 2004. Esta política permite que cada agricultor cocalero registrado cultive un cato de coca, equivalente a 1.600 metros cuadrados o cerca de un tercio de un estadio de fútbol. Cualquier cultivo de coca más allá de este límite puede ser eliminado. El gobierno ha puesto en marcha un sofisticado sistema de monitoreo de la hoja de coca, que incluye la titulación de tierras, un registro biométrico de agricultores autorizados a cultivar el cato, mediciones periódicas de los campos de coca, y la puesta en marcha de una compleja base de datos, SISCOCA. Las federaciones locales de cocaleros trabajan con funcionarios del gobierno para garantizar el cumplimiento del acuerdo referido al cato, política conocida como “reducción del cultivo de coca mediante la cooperación”.

Permitir un cultivo limitado de hoja de coca –asegurando de esta manera un continuo flujo de ingresos económicos– ha permitido a los agricultores invertir en otras actividades para la generación de ingresos económicos. Al mismo tiempo, el gobierno de Morales ha invertido en infraestructura de transporte (incluido un aero-

puerto internacional), educación y atención de la salud, mejorando la calidad de vida en general de los residentes locales. El gobierno está invirtiendo también en emprendimientos productivos, en la industria pesquera o en productos agrícolas como piñas.

A la fecha, este enfoque ha producido resultados positivos y la posibilidad de reducciones de largo plazo en el cultivo de coca, al mismo tiempo que elimina prácticamente la violencia y el conflicto social, asociados con las campañas de erradicación forzada de coca aplicadas por gobiernos anteriores. Por cuarto año consecutivo, la ONUDD reportó una disminución en el cultivo de coca en Bolivia; el país ha alcanzado una reducción neta del 34% de sus cultivos de coca entre 2010 y 2014.⁵⁷⁶ Actualmente, Bolivia ocupa el tercer lugar, después del Perú y Colombia, en cuanto a producción de hoja de coca.

El modelo de Bolivia muestra que es posible regular el cultivo, mejorar los estándares de vida de las personas, y promover los usos tradicionales y lícitos de la hoja de coca, al mismo tiempo que tratar de prevenir la desviación de la coca hacia el mercado ilícito.



Fotografía: Caroline S. Conzelmann

Mujeres aymara cosechan colectivamente la hoja de coca en la provincia de Nor Yungas en Bolivia

para promover la legitimidad y credibilidad del gobierno en áreas donde la presencia del Estado se limita a menudo a fuerzas de seguridad y/o erradicación. Un conjunto creciente de literatura académica apunta actualmente a la ausencia de conflictos violentos como una precondition para el desarrollo sostenible y los esfuerzos de fiscalización de drogas (para más información, véase el capítulo 4.1).⁵⁷²

Integrar el desarrollo alternativo en planes de desarrollo a nivel local, regional y nacional

Los objetivos de medios de vida alternativos deberían integrarse en todos los niveles, incorporando en particular a aquellos actores implicados en el desarrollo rural, como agencias de desarrollo multilateral e internacional, los ministerios de gobierno correspondientes, funcionarios regionales y locales, y organizaciones comunitarias y de la sociedad civil. Algunas agencias donantes se refieren a este proceso como “transversalizar el trabajo antidrogas en los programas de desarrollo”.⁵⁷³

Emplear indicadores de desarrollo humano

A la fecha, la mayoría de proyectos de erradicación de cultivos y desarrollo alternativo han principalmente evaluado su éxito en función de las reducciones en los cultivos destinados al mercado ilícito de drogas. Sin embargo, en un informe de evaluación presentado a la Comisión de Estupefacientes (CND) en 2008, la ONUDD declaró que “existe escasas pruebas de que las erradicaciones reduzcan los cultivos ilícitos en el largo plazo, dado que estos se trasladan a otra parte”, añadiendo que “el desarrollo alternativo se debe evaluar mediante indicadores de desarrollo y no técnicamente, como una función de las estadísticas de producción ilícita”.⁵⁷⁴ Los indicadores mejorados incluyen medidas sobre mejoras en educación, salud, empleo, generación de ingresos y aspectos similares (para más información sobre indicadores de desarrollo, véase el capítulo 4.1).

Recursos clave

- *Background paper for the International workshop and conference on alternative development* (2011), http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf

- Buxton, J. (2015), *Drugs and development: The great disconnect* (Swansea: Global Drug Policy Observatory, Swansea University), <http://www.swansea.ac.uk/media/The%20Great%20Disconnect.pdf>
- Kramer, T., M. Jelsma y T. Blickman (2009), *Withdrawal symptoms in the golden triangle: A drugs market in disarray* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.tni.org/report/withdrawal-symptoms-golden-triangle-4>
- Mansfield, D. (2006), *Development in a drugs environment: A strategic approach to “alternative development”* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit)
- Renard, R.D. (2001), *Opium reduction in Thailand 1970 – 2000, a thirty year journey* (Chiang Mai: Silkworm Books)
- *Report – Workshop portion of the International Workshop and Conference on Alternative Development ICAD, Chiang Rai and Chiang Mai Provinces, Thailand, 6–11 November 2011*, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_55/E-CN7-2012-CRP3_V1251320_E.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (junio de 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>
- Youngers, C.A. y K. Ledebur (2015), *Consolidando avances: Bolivia consolida logros en la reducción del cultivo de coca, y contempla la reforma de legislación obsoleta de drogas* (Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos y Red Andina de Información), http://www.wola.org/sites/default/files/Drug%20Policy/WOLA-AIN%20Bolivia_ESP_FINAL.pdf
- Youngers, C.A. y J.M. Walsh (2009), *El Desarrollo Primero Un Enfoque Más Humano y Prometedor para la Reducción de Cultivos para Mercados Ilícitos* (Washington DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2010/WOLA_RPT-SPANISH_DEV_FNL_WEB.pdf

4.3

Derechos de grupos indígenas

Principales recomendaciones

- Los gobiernos deberían resolver las discrepancias que existen entre las convenciones de la ONU y los acuerdos internacionales de derechos humanos, como forma de asegurar la defensa y la protección de los derechos de los pueblos indígenas
- Las comunidades indígenas deberían estar involucradas de manera significativa en el diseño y la aplicación de cualquier política y regulación que les afecte
- Los gobiernos deberían establecer mecanismos para la recopilación de datos para analizar el impacto de las políticas de drogas y, en particular, de las estrategias para aplicar las leyes sobre drogas respecto a grupos indígenas, revisando cualquier ley, política o práctica sobre drogas que resulte dañina
- Debería reconocerse el carácter histórico, cultural y tradicional de las plantas sujetas a control a nivel nacional e internacional, así como sus potenciales beneficios
- Donde el uso de sustancias psicoactivas forme parte de las prácticas tradicionales y religiosas, debería permitirse y protegerse el derecho a cultivar, comerciar y consumir tales plantas para esos fines
- Las campañas de fumigación aérea deberían cesar de inmediato pues causan daños significativos a la salud de los agricultores, a las comunidades indígenas y al medio ambiente. Cualquier programa para la reducción de cultivos o desarrollo alternativo debería emprenderse con la plena colaboración de las comunidades afectadas y en alianza con ellas, y debería garantizar específicamente la protección de los derechos de los pueblos indígenas, incluido el acceso a sus tierras y recursos naturales y el uso de estos, de una manera que sea respetuosa con su cultura y tradiciones.

Introducción

La Convención de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo, relativa a pueblos indígenas y tribales en países independientes,⁵⁷⁷ define como pueblos indígenas a aquellos que, “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”, o “pueblos tribales en países independientes a aquellos cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial”.

En términos prácticos, eso significa que, además de los derechos humanos universales reconocidos en las convenciones internacionales (véase el principio 2 en materia de políticas), las personas indígenas disfrutan de derechos específicos que protegen su identidad, cultura, tradiciones, hábitat, idioma y acceso a tierras ancestrales. Estos derechos están consagrados en la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007,⁵⁷⁸ que reconoce de manera especial el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación y la autonomía; a mantener, proteger y desarrollar manifestaciones culturales del pasado, presente y futuro, así como a su herencia cultural, conocimientos tradicionales y manifestaciones de sus saberes científicos, tecnológicos y culturales (artículo 11 y 31); a mantener sus medicinas y prácticas curativas tradicionales (artículo 24); a participar en la toma de decisiones en temas que afecten a sus derechos (artículo 18); y a la conservación y protección del medio ambiente y la capacidad productiva de sus tierras o territorios y recursos (artículo 29).

Durante generaciones, pueblos de todo el mundo han utilizado plantas psicoactivas como la coca, el cannabis, la amapola, el kratom (*Mitragyna speciosa*), el khat (*Catha edulis*), el peyote (*Lophophora williamsii*), el chamico (*Datura ferox*), el San Pedro (*Echinopsis pachanoi*), la *Salvia Divinorum* y la ayahuasca o yagé (*Banisteriopsis caapi*), entre muchas otras, para fines



Neblina matutina en un campo de coca en los Yungas, a las afueras de Coroico, Bolivia

tradicionales, culturales y religiosos. En la región andina o en la cuenca amazónica, por ejemplo, la hoja de coca tiene una amplia aplicación a nivel social, religioso, espiritual y medicinal para los pueblos indígenas, y es también empleada por la población en general. Igualmente en la India, el cannabis y la amapola han estado vinculados durante siglos con la religión y el misticismo en las tradiciones hindú e islámicas, y consagrados en incontables prácticas culturales. En Jamaica, el cannabis ha jugado un papel central en las ceremonias religiosas de la comunidad rastafari (véase el cuadro 1). Otras plantas, como el khat en África del Este y el kratom en el sudeste asiático, han sido usadas también para fines tradicionales y sociales durante siglos. Algunas de estas sustancias han sido también utilizadas medicinalmente, especialmente para el tratamiento del reumatismo, la migraña, la malaria, el cólera y otras dolencias gastrointestinales, para reducir el dolor del síndrome de abstinencia de opioides, y para facilitar nacimientos y cirugías.⁵⁷⁹ Estas plantas también proporcionan grano alimenticio, aceite o fibra para productos manufacturados.

Sin embargo, y a pesar de significativos avances en legislación internacional de derechos humanos para proteger las prácticas tradicionales y medicinales de las poblaciones indígenas, las personas involucradas en el cultivo y consumo de plantas destinadas al mercado ilícito de drogas han sido criminalizadas, marginalizadas y discriminadas por severas leyes y políticas sobre drogas.

Las regiones donde prosperan los cultivos destinados al mercado ilícito de drogas se suelen caracterizar por la pobreza extrema, el abandono por parte del Estado, infraestructura limitada, acceso restringido a servicios básicos y, con frecuencia, conflictos. En lugar de abor-

dar estos temas subyacentes, los gobiernos han tendido a centrarse en campañas para la erradicación forzada de cultivos. En la región andina, por ejemplo, estas campañas han causado extensos daños a la salud, el hábitat y las tradiciones de las comunidades indígenas dedicadas al cultivo de la hoja de coca,⁵⁸⁰ y solo sirven para eliminar la única fuente de subsistencia de comunidades vulnerables en un contexto en que el mercado determina los precios de los cultivos, y donde muchos cultivos lícitos alternativos no son lo suficientemente rentables para asegurar la supervivencia, exacerbando así su pobreza.⁵⁸¹

En algunos países, han surgido violentos choques entre grupos armados que luchan por controlar el comercio de drogas, y entre estos grupos y las agencias encargadas de la aplicación de la ley sobre drogas, colocando a las comunidades afectadas en medio del fuego cruzado. Las campañas de erradicación forzada han exacerbado los daños causados por el conflicto armado, impactando particularmente a grupos indígenas. Por ejemplo, el Plan Colombia, lanzado en 1999, no solo ha tenido consecuencias desastrosas en la vida, la salud, el medio ambiente y la economía de pueblos indígenas y agricultores, sino que también los ha puesto en medio del fuego cruzado entre las fuerzas del gobierno, los grupos subversivos y los paramilitares que luchan por controlar el territorio. El plan no consiguió una reducción de la producción de cocaína en Colombia, pero ha llevado a una grave crisis humanitaria, contribuyendo considerablemente al desplazamiento de entre 3,6 y 5,2 millones de personas,⁵⁸² e incrementó los niveles de pobreza e inseguridad. La Corte Constitucional de Colombia estimó que al menos 27 grupos indígenas se encontraban en riesgo de desaparecer como resultado del conflicto armado.⁵⁸³

En lugares donde se han aplicado programas de desarrollo alternativo, no se han contemplado ni considerado los conocimientos locales, saberes o tradiciones culturales, y los grupos indígenas han sido excluidos de estos programas. Más aún, los procesos de apropiación de tierras y los proyectos de “desarrollo” macroeconómico como monocultivos, represas hidroeléctricas, explotación minera a cielo abierto, y extracción petrolera y gasífera en territorios ancestrales, afectan el acceso de pueblos indígenas a plantas medicinales que a menudo crecen en la biodiversidad nativa de su territorio,⁵⁸⁴ amenazando el acceso de poblaciones indígenas a prácticas de salud, culturales y espirituales. Es esencial que estos programas se desarrollen en colaboración con las poblaciones afectadas tras una cuidadosa evaluación de las posibilidades de cultivos locales y de acceso al mercado, y con pleno respeto por los derechos y tradiciones de las poblaciones indígenas (véase el capítulo 4.2).

Asuntos legislativos y de política relacionados

La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ha clasificado tres plantas psicoactivas – cannabis, coca y amapola – como sujetas a controles que limitan su producción, distribución, comercialización y consumo para fines médicos y científicos. La premisa en que se basan estas políticas es que sería imposible lograr una reducción significativa de la producción ilícita de las sustancias controladas a nivel internacional en tanto continúe el consumo local a gran escala de las materias primas empleadas para producir estas drogas. Ello llevó a la presión sobre los países productores para eliminar el uso tradicional de estas plantas. La

amapola, el cannabis y la hoja de coca se sometieron a los mismos niveles estrictos de control que alcaloides extraídos y concentrados como la heroína y la cocaína, en la Lista I de la Convención de 1961, con una fecha límite de 15 años para la abolición de la práctica de fumar opio, y de 25 años para la masticación de la hoja de coca y el uso de cannabis (artículo 49, párrafo 2).⁵⁸⁵

El Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 de la ONU no se refiere a la fiscalización de planta alguna, pero sí impone controles sobre varios de los ingredientes activos de algunas plantas. Tal es el caso de la mesalina, contenida en el peyote así como en el cactus de San Pedro; la psilocibina y psilocina, responsables del efecto estimulante del khat; el DMT, el compuesto psicodélico de la ayahuasca; y el THC, el componente psicoactivo del cannabis, entre otros.⁵⁸⁶ Este nivel de control crea confusión sobre sustancias como el khat, el peyote o la ayahuasca, dado que algunos de sus componentes psicoactivos se encuentran bajo control a nivel internacional, pero las plantas se encuentran fuera del ámbito de las convenciones. En lo que respecta al cannabis, la especie biológica (cannabis y la resina de cannabis) está incluida en la Lista I de la Convención de 1961, pero el THC figura en la lista del Convenio de 1971, lo que igualmente lleva a inconsistencias para el control de drogas.

El artículo 32, párrafo 4 del Convenio de 1971 declara: “Todo Estado en cuyo territorio crezcan en forma silvestre plantas que contengan sustancias sicotrópicas de la Lista I y que se hayan venido usando tradicionalmente por ciertos grupos reducidos, claramente determinados, en ceremonias mágico-religiosas, podrá, en el momento de la firma, de la ratificación o de la adhesión, formular la reserva correspondiente;”⁵⁸⁷ autorizando así a los Estados Miembros a formular una reserva para permitir



Preparación de la ayahuasca

Fotografía: Creative Commons Paul Hessel

Cuadro 1 El derecho de los rastafari a consumir cannabis en Jamaica

El cannabis (conocido en Jamaica como ganja) es considerado sagrado por los miembros de la comunidad rastafari en Jamaica. La planta, originaria de la India, fue introducida por primera vez en Jamaica en el siglo XIX y rápidamente ganó popularidad como hierba para uso recreativo y medicinal. Su uso se difundió entre las comunidades pobres durante la década de 1930 con la fundación de la religión rastafari, movimiento espiritual basado en el Antiguo Testamento y el panafricanismo.⁵⁹⁸ De todas las hierbas, el cannabis ocupa un lugar especial y espiritual en las celebraciones rastafari. Su papel es primordial en los rituales celebrados cinco o seis veces al año, conocidos como nyabingi o binghi. Pero para los rastafari, la hierba es parte de un estilo de vida. La planta a menudo se fuma, pero también puede consumirse a través de la bebida o la comida. El conocimiento sobre la cultura y tradiciones rastafari – extraído directamente de testimonios entre la comunidad rastafari – fue recopilado en un informe elaborado por la Comisión Nacional sobre Ganja publicado en 2001, en el cual la Comisión recomendaba la descriminalización de la planta.⁵⁹⁹ Como comunidad, los rastafari han venido defendiendo la legalización del cannabis, o cuando menos la eliminación de su estatus delictivo, durante más de medio siglo.

Sin embargo, no fue sino hasta abril de 2015 que el gobierno de Jamaica adoptó la Ley (Enmendada) de Estupefacientes Peligrosos, enmendando la Sección 7(c) del párrafo 6. Esta reforma constituye un intento positivo de proteger los derechos religiosos y culturales de la comunidad rastafari. La enmienda autoriza el uso sacramental del cannabis por parte de cualquier persona mayor de 18 años que profese la fe rastafari o que pertenezca a una organización rastafari. Los miembros de la comunidad rastafari también pueden solicitar autorización para cultivar cannabis para fines religiosos como un sacramento como parte de la fe rastafari. Finalmente, la comunidad puede solicitar que un evento sea declarado exceptuado de las normas de prohibición del cannabis, siempre y cuando dicho evento sea organizado primordialmente para fines de celebración de la fe rastafari.⁶⁰⁰

La enmienda tiene un alcance más amplio, ya que también descriminaliza la posesión de hasta 2 onzas (56 gramos) de cannabis, así como la posesión para fines médicos y terapéuticos según recomendación o receta de un médico o profesional de la salud. Sin embargo, la comunidad rastafari se beneficia de derechos más amplios en términos de cultivo y consumo que la comunidad general, demostrando un claro intento de proteger las tradiciones culturales y ancestrales de esta comunidad.



Festival rastafari Rootzfest 2015 en Jamaica

Fotografía: Creative Commons Beverly Yuen Thompson

Cuadro 2 Bolivia, masticación de hoja de coca y protección de la cultura indígena



Fotografía: Ali Margaux Penninger

Yatiri (chamán) aimara realizando una lectura de la hoja de coca en la cumbre de la montaña Uchumachi cerca de Coroico, Bolivia, en el solsticio de invierno del año nuevo aimara

La hoja de coca ha sido sagrada para los pueblos indígenas de la región andina durante miles de años. En Bolivia, los pueblos quechua y aimara componen la mayoría de la población rural, y entre ellos el uso de la hoja de coca está muy difundido. Esta práctica está asociada con la solidaridad social y cultural, la actividad económica y el trabajo, factores medicinales (como la asimilación de nutrientes a la dieta y la provisión de protección contra el mal de altura o dolores estomacales), y la espiritualidad, restableciendo el equilibrio entre los ámbitos natural y espiritual.⁶⁰² Para quienes están involucrados en el cultivo de coca, esta actividad a menudo constituye su único medio de subsistencia.

El primer intento de Occidente de prohibir la coca tuvo lugar con la colonización del continente durante el siglo XVI, cuando la Iglesia Católica tomó conciencia del papel que cumplía la planta en rituales religiosos nativos. Sin embargo, se logró un acuerdo que reconocía la planta como un bien de primera necesidad; este acuerdo tuvo vigencia hasta el siglo XX. Tras la Segunda Guerra Mundial, la ONU lideró un impulso en favor de la “modernización”, que identificaba la práctica de masticar coca como primitiva y anacrónica. Una informe del Consejo Económico y Social elaborado por la Comisión de Estudio de las Hojas de Coca, y publicado en 1950, respaldaba la suposición de que la masticación de la hoja de coca constituía un hábito dañino, una forma de “drogadicción” y un agente moral degenerativo que causaba desnutrición.⁶⁰³ Este informe se tradujo en la incorporación de la hoja de coca en el mismo listado donde figuraban la cocaína y la heroína en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (Lista I), así como en una disposición que estipulaba la abolición de la masticación de coca al cabo de 25 años. Desde entonces, el informe ha sido criticado por ser sesgado, científicamente defectuoso, culturalmente insensible e incluso racista. Un estudio realizado en 1995 por la Organización Mundial de

la Salud (OMS) concluyó que el “consumo de las hojas de coca no parece tener efectos negativos para la salud, y tiene funciones terapéuticas, sagradas y sociales positivas para las poblaciones indígenas.”⁶⁰⁴ Este estudio, sin embargo, nunca se hizo público.

La prohibición internacional contra la hoja de coca demuestra un claro malentendido respecto a las costumbres y tradiciones indígenas. Los consumidores de coca en las regiones andinas y amazónicas a menudo se sienten ignorados, insultados y humillados por la invocación de la comunidad internacional y de la ONU de abolir lo que ellos consideran una tradición ancestral saludable.

Con el fin de reparar este error histórico, Bolivia hizo un intento de enmendar la Convención de 1961 para eliminar la obligación de prohibir la masticación de la hoja de coca, una iniciativa que fue bloqueada por una coalición liderada por los Estados Unidos. En respuesta a ello, en junio de 2011, Bolivia denunció la Convención Única de 1961, anunciando su intención de reincorporarse con una reserva para alinear sus obligaciones bajo el tratado con su Constitución.⁶⁰⁵ El 10 de enero de 2013, Bolivia accedió nuevamente a la Convención con una reserva que estipula: “El Estado Plurinacional de Bolivia se reserva el derecho de permitir en su territorio la masticación tradicional de la Hoja de Coca, el consumo y el uso de la Hoja de Coca en su estado natural; para fines culturales y medicinales; como su uso en infusión, así como también el cultivo, el comercio y la posesión de la Hoja de Coca en la extensión necesaria para estos propósitos lícitos.”⁶⁰⁶ Desde entonces, Bolivia ha desarrollado un enfoque innovador de control comunitario sobre la producción de coca, con un fuerte enfoque en el trabajo de colaboración con las comunidades productoras de coca para asegurar que los agricultores de subsistencia no se vean afectados por una eliminación súbita y forzada de sus medios de supervivencia (véase el capítulo 4.2).⁶⁰⁷

el uso tradicional de algunas plantas en áreas geográficas delimitadas, durante ceremonias o rituales. Estas disposiciones son importantes en tanto que han sido utilizadas en algunos países para legitimar el consumo de la ayahuasca, por ejemplo en Brasil, Perú, Colombia o entre los miembros de la iglesia *Ceu do Montreal* en Canadá,⁵⁸⁸ tal como se discutirá a continuación.

Otra condición para el consumo tradicional de plantas sometidas a control internacional estaba estipulada en el artículo 14, párrafo 2, de la Convención de 1988 de la ONU contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, que dispone que las políticas sobre drogas deberán “respetar los derechos humanos fundamentales”, y que “tendrán debidamente en cuenta los usos tradicionales lícitos, donde al respecto exista la evidencia histórica”. Ello no obstante, esto contradice claramente las obligaciones incluidas en los artículos 14.1 y 25 de la Convención de 1988, que declaran que las disposiciones del tratado no deben derogar obligación alguna contenida en tratados previos para el control de drogas, incluida la obligación de 1961 de abolir cualquier uso tradicional de la hoja de coca, la amapola y el cannabis.⁵⁸⁹ Esta falta de claridad respecto a los usos tradicionales de estas plantas ha permitido a los gobiernos colocar estrictos mecanismos de control sobre el cannabis, la coca y la amapola, pero también sobre plantas tradicionales psicoactivas que no han sido clasificadas por la ONU, como el khat y el kratom. A fin de asegurar que los derechos de los grupos indígenas sean adecuadamente protegidos, debe darse un reconocimiento explícito del uso tradicional de las sustancias bajo control internacional, y las convenciones de control de drogas de la ONU deben ser reconsideradas para adaptarse a esta obligación.

Asuntos de implementación

Derechos indígenas protegidos en los tribunales

En casos excepcionales, la jurisprudencia ha reconocido los derechos de los pueblos indígenas a utilizar plantas controladas a nivel internacional para proteger sus derechos tradicionales culturales y religiosos. Tal fue el caso, por ejemplo, en Italia, donde una condena relacionada con drogas fue revocada en la apelación bajo el argumento de que la corte de primera instancia no había considerado los derechos religiosos de un acusado rastafari a consumir cannabis.⁵⁹⁰ Igualmente, en marzo de 2015, el Tribunal Oral de Arica en Chile reconoció el derecho a utilizar la hoja de coca para fines culturales.⁴¹³

Excepciones jurídicas para proteger los derechos indígenas

Algunos gobiernos han revisado sus leyes y políticas sobre drogas – a menudo como resultado de decisiones favorables de las cortes – a fin de incluir disposi-

Cuadro 3 Khat: los peligros de la prohibición

El khat ha sido consumido durante cientos – o acaso miles – de años en las sierras de África del Este y el sur de Arabia. Tradicionalmente, el khat ha sido masticado comunalmente, después de las labores o en situaciones sociales, en espacios públicos o salones dedicados para ese propósito en casas privadas. Los mercados globales de khat han sido impulsados por la demanda de poblaciones de la diáspora establecidas en Europa, especialmente las procedentes de Somalia. Hasta el momento, se han producido escasas transferencias del consumo de los migrantes hacia la población mayoritaria europea; el consumo de khat sigue concentrado en comunidades de migrantes de África del Este, que lo consumen en establecimientos comerciales y en centros comunales donde los lazos sociales y comunitarios siguen siendo fuertes. Ello permite a los consumidores controlar la calidad del khat que consumen, y perpetuar tradiciones culturales y sociales dentro de su comunidad.

Una serie de estudios han demostrado que el potencial de dependencia asociada al khat, y los riesgos para la salud física y mental relacionados con su uso, siguen siendo muy bajos.⁶⁰⁹ La evidencia también sugiere que prohibir el consumo de khat puede llevar a una serie de consecuencias negativas, como expandir el aislamiento y vulnerabilidad de poblaciones de inmigrantes, y puede tener un impacto negativo sobre los medios de vida y el desarrollo económico de los países productores.⁶¹⁰

Por ejemplo, es probable que la reciente prohibición del khat en el Reino Unido – adoptada a pesar del consejo experto de la comunidad científica⁶¹¹ (véase el capítulo 2.1) – genere un importante mercado ilícito delictivo, y que pueda alienar a ciertas minorías étnicas en el país.⁶¹² Fuera del Reino Unido, la prohibición ha tenido impactos devastadores en las zonas de producción del khat en África, particularmente en Kenia.⁶¹³

ciones dentro de sus sistemas legales nacionales para permitir el uso tradicional de ciertas plantas psicoactivas, bajo circunstancias específicas.

Tal es, por ejemplo, el caso en Canadá, donde la Sección 56 de la Ley Canadiense sobre Drogas y Sustancias Controladas estipula que: “El Ministro puede, en los térmi-

nos y condiciones que considere necesario, exceptuar a cualquier persona o clase de personas, o a cualquier sustancia o insumo controlados, o cualquier clase de estos, de la aplicación de todas o cualquiera de las disposiciones de la Ley o de las regulaciones si, en opinión del Ministro, la excepción es necesaria para fines médicos o científicos, o si resultase de otro modo de interés público”.⁵⁹² Aunque esta excepción es rara vez aplicada para proteger los derechos indígenas, se hizo una excepción para la importación y el uso de ayahuasca por parte de los seguidores de un pequeño grupo de líderes religiosos del *Ceu do Montreal* que utilizaba ayahuasca (que ellos llaman *daime*) para fines tradicionales.⁵⁹³

Existe una regla similar en la Sección 1307.31 del Código de Regulaciones Federales de los Estados Unidos en relación con el peyote, un cactus pequeño y sin espinas que contiene el alcaloide psicoactivo mescalina (que se encuentra controlado según el Convenio de 1971), y que es empleado por la Iglesia Nativa Americana durante ceremonias religiosas. La norma declara que: “La incorporación del peyote como una sustancia controlada en la Lista I no se aplica al uso no relacionado con drogas del peyote en ceremonias religiosas auténticas de la Iglesia Nativa Americana”. En cuanto a Canadá, esta disposición tiene un ámbito limitado, pero faculta efectivamente a personas nativas americanas a perpetuar sus tradiciones y rituales religiosos mediante el uso del peyote sin temor a ser procesados judicialmente.

El Perú, Colombia y Argentina cuentan asimismo con excepciones legales a nivel interno para un mercado de la hoja de coca. De hecho, el Perú siempre ha mantenido un mercado legal interno bajo monopolio del Estado a través de la Empresa Nacional de la Coca, ENACO.⁵⁹⁴ El Perú también ha reconocido el uso tradicional de la ayahuasca como parte de su herencia cultural.⁵⁹⁵ Colombia introdujo excepciones específicas para la coca en territorios indígenas.⁵⁹⁶ En cuanto a Argentina, en 1989 introdujo la siguiente disposición en el artículo 15 de su Código Penal, N23.737: “La tenencia y el consumo de hojas de coca en su estado natural destinado a la práctica del coqueo o masticación, o a su empleo como infusión, no será considerada como tenencia o consumo de estupefacientes”.⁵⁹⁷

El país que ha adoptado más recientemente una excepción a su ley sobre drogas es Jamaica, en relación al derecho de los rastafari de emplear cannabis en sus ceremonias religiosas (véase el cuadro 1).

Protecciones constitucionales de derechos indígenas

Bolivia es sin duda el país que ha ido más lejos en el intento de proteger los derechos de los pueblos indígenas para producir y utilizar la coca con fines tradicionales. En 2009, Bolivia adoptó una nueva constitución, en la cual reconoció el consumo tradicional de la hoja de coca como un patrimonio cultural,⁶⁰¹ asegurando

de esta manera la protección del derecho de las comunidades indígenas bolivianas y de todos sus ciudadanos a masticar la hoja de coca (véase el cuadro 2).

Regular plantas que no están sometidas a control internacional

Tal como se ha mencionado anteriormente, algunas plantas que contienen sustancias psicoactivas no están incluidas en las convenciones de control de drogas de la ONU, por lo cual los gobiernos no están obligados a incluirlas en listas de sustancias fiscalizadas, pero algunos países lo hicieron de todas maneras. Tal es el caso, por ejemplo, del kratom, el khat y la ayahuasca. El kratom está actualmente prohibido según las leyes nacionales en varios países asiáticos (como Tailandia, Australia o Myanmar), mientras que el estatus legal nacional del khat varía considerablemente según el país. En lo que respecta a la ayahuasca, existen tres amplios estatus legales para la planta: 1- países en los cuales existe un vacío legal, y donde el estatus de la planta podría determinarse mediante una decisión de los tribunales y la jurisprudencia; 2- países donde la planta está específicamente prohibida (como es el caso de Francia); y 3- países que permiten y en ocasiones regulan ciertos usos de la ayahuasca, mientras que otros usos permanecen fuera del ámbito de la ley (por ejemplo, el Perú).⁶⁰⁸

Recursos clave

- Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2011), *Nota para la incidencia política del IDPC Es hora de reparar un error histórico: El IDPC insta a todos los países a no presentar objeciones a la propuesta de Bolivia para eliminar la prohibición que pesa sobre la masticación de la hoja de coca*, <http://idpc.net/es/publications/2011/01/idpc-advocacy-note-bolivia-proposal-coca-leaf-spa>
- Foro Mundial de Productores de Cultivos Declarados Ilícitos (2009), *Declaración Política*, <https://www.tni.org/es/issues/producers-of-crops/item/2371-foro-mundial-de-productores-de-cultivos-declarados-ilicitos>
- Naciones Unidas (27 de junio de 1989), *Convenio No. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*, 1989, http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio_169_07.pdf
- Naciones Unidas (marzo de 2008), *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*, <http://www.ohchr.org/EN/Issues/IPeoples/Pages/Declaration.aspx>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (marzo de 2015), *Perspectives on the development dimensions of drug control policy*, http://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/UNDP/UNDP_paper_for_CND_March_2015.pdf

Notas de fin de página: Capítulo 4

529. Gutiérrez, E. (2015), *Drugs and illicit practices: Assessing their impact on development and governance* (Christian Aid), <http://www.christianaid.org.uk/Images/Drugs-and-illicit-practices-Eric-Gutierrez-Oct-2015.pdf>
530. Ibid
531. Ibid
532. Véase, por ejemplo, un reciente estudio de la OMS que resalta evidencias de que el herbicida glifosato —un producto químico comúnmente utilizado en campañas para erradicar cultivos— puede causar daños significativos a la salud, incluido el cáncer: Organización Mundial de la Salud, International Agency for Research on Cancer (20 de marzo de 2015), *IARC monographs volume 112: Evaluation of five organophosphate insecticides and herbicides*, <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/MonographVolume112.pdf>
533. Youngers, C. y Walsh, J. (2009), *El Desarrollo Primero Un Enfoque Más Humano y Prometedor para la Reducción de Cultivos para Mercados Ilícitos* (Washington, DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2010/WOLA_RPT-SPANISH_DEV_FNL_WEB.pdf
534. Gutiérrez, E. (2015), *Drugs and illicit practices: Assessing their impact on development and governance* (Christian Aid), <http://www.christianaid.org.uk/Images/Drugs-and-illicit-practices-Eric-Gutierrez-Oct-2015.pdf>
535. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (junio de 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>
536. Véase, por ejemplo: Giacomello, C. (noviembre de 2013), *Documento informativo del IDPC: Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina*, <http://idpc.net/es/publications/2013/11/mujeres-delitos-de-drogas-y-sistemas-penitenciarios-en-america-latina>; ONU Mujeres (julio de 2014), *Una perspectiva de género sobre el impacto del uso, el comercio y los regímenes de control de drogas*, http://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf
537. Kensy, J., Stengel, G., Nougier, M. y Birgin, R. (noviembre de 2012), *Documento informativo del IDPC – Políticas de drogas y mujeres: abordando las consecuencias del control perjudicial de drogas*, <http://idpc.net/es/publications/2012/11/documento-informativo-del-idpc-politicas-de-drogas-y-mujeres-abordando-las-consecuencias-del-control-perjudicial-de-drogas>
538. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (junio de 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>
539. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2013), *Informe regional de desarrollo humano 2013-2014, seguridad ciudadana con rostro humano: Diagnóstico y propuestas para América Latina*, <http://www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/img/IDH/IDH-AL%20Informe%20Completo.pdf>
540. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (junio de 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>
541. Ibid
542. Por ejemplo, en Tayikistán, donde solo se pueden lograr la seguridad y la estabilidad mediante la cooperación con los grupos delictivos que ejercían control sobre ciertas partes del país. Véase: Gutiérrez, E. (2015), *Drugs and illicit practices: Assessing their impact on development and governance* (Christian Aid), <http://www.christianaid.org.uk/Images/Drugs-and-illicit-practices-Eric-Gutierrez-Oct-2015.pdf>
543. Gutiérrez, E. (2015), *Drugs and illicit practices: Assessing their impact on development and governance* (Christian Aid), <http://www.christianaid.org.uk/Images/Drugs-and-illicit-practices-Eric-Gutierrez-Oct-2015.pdf>
544. Wilson, L. y Stevens, A. (2008), *Understanding drug markets and how to influence them*, Beckley Report 14 (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_14.pdf
545. Health Poverty Action y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (noviembre de 2015), *Drug policy and the sustainable development goals*, <http://idpc.net/publications/2015/11/drug-policy-and-the-sustainable-development-goals>; Tinasti, K., Bem, P., Grover, A., Kazatchkine, M. y Dreifuss, R. (19 de septiembre de 2015), “SDGs will not be achieved without drug policy reform”, *The Lancet*, 386 (9999): p. 1132, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2815%2900198-1/fulltext>
546. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
547. Health Poverty Action y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (noviembre de 2015), *Políticas de drogas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, <http://idpc.net/es/publications/2015/11/politicas-de-drogas-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>
548. Para un análisis de las contradicciones entre los ODS y las actuales políticas de drogas, véase: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (junio de 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, pp. 36-37, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>
549. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (junio de 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>
550. <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>
551. Para una discusión más exhaustiva sobre indicadores, véase: Bewley-Taylor, D. (2016), *The 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem: An opportunity to move towards metrics that measure outcomes that really matter*, Working Paper No. 1 (Reino Unido: Global Drug Policy Observatory y Swansea University)
552. La UNODC 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”. Véase: *Quinto informe del Director Ejecutivo de la UNODC – 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 Estupefacientes en marzo de 2008, E/CN.7/2008/2/Add.2, 17 de diciembre de 2007, p. 20
553. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
554. Ibid
555. Office of National Drug Control Policy, *Coca in the Andes* (Washington, DC: White House), <https://www.whitehouse.gov/ondcp/targeting-cocaine-at-the-source>
556. Youngers, C.A. y K. Ledebur (2015), *Consolidando Avances: Bolivia consolida logros en la reducción del cultivo de coca, y contempla la reforma de legislación obsoleta de drogas* (Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos y Red Andina de Información), http://www.wola.org/sites/default/files/Drug%20Policy/WOLA-AIN%20Bolivia_ESP_FINAL.pdf
557. Gómez, S. (2015), “Coca se dispara en Colombia, dice informe de la Casa Blanca”, *El Tiempo*, <http://www.eltiempo.com/mundo/ee-uu-y-canada/fumigacion-de-cultivos-ilicitos-con-glifosato-gobierno-le-explica-a-estados-unidos/15686595>
558. Para más información, véase: Youngers, C.A. y Rosin, E. (2005), *Drugs and democracy in Latin America: The impact of U.S. policy* (Boulder, Colorado: Lynne Rienner Publishers, Inc.); Gaviria Uribe, A. y Mejía, L. (2011), *Políticas antidroga en Colombia: Éxitos, fracasos y extravíos* (Bogotá: Universidad de los Andes)
559. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (junio de 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, p. 14,

<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>

560. *Background paper for the International workshop and conference on alternative development* (2011), http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf
561. Youngers, C. (9 de noviembre de 2012), *Principios guía internacionales de las NN.UU. sobre desarrollo alternativo* (Washington, DC: Oficina en Washington sobre Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/es/comentario/principios_guia_internacionales_de_las_nnuu_sobre_desarrollo_alternativo
562. Congreso de Colombia (28 de octubre de 2015), *Proyecto de Ley 183/2012 "Despenalización Cultivo"*, http://www.camara.gov.co/portal2011/proceso-y-tramite-legislativo/proyectos-de-ley?opcion=com_proyectosdeley&view=ver_proyectodeley&idpry=745
563. Véase: <http://druglawreform.info/es/informacion-por-pais/america-latina/colombia/item/245-colombia>
564. Youngers, C. y Walsh, J. (2009), *El Desarrollo Primero Un Enfoque Más Humano y Prometedor para la Reducción de Cultivos para Mercados Ilícitos* (Washington, DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2010/WOLA_RPT-SPANISH_DEV_FNL_WEB.pdf; Renard, R.D. (2001), *Opium reduction in Thailand 1970 – 2000, a thirty year journey* (Chiang Mai: Silkwork Books)
565. Advisory Council on the Misuse of Drugs (2005), *Methylamphetamine review* (UK), <https://www.gov.uk/government/publications/methylamphetamine-review-2005>
566. 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 julio de 2008)
567. Véase: Farthing, L.C. y Ledebur, K. (julio de 2015), *Habeas Coca: Control Social de la Coca en Bolivia* (Open Society Foundations), <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/habeas-coca-bolivia-s-community-coca-control>
568. Véase: Observatorio de Cultivos Declarados Ilícitos (agosto de 2015), *Vicios Penales en Colombia: Cultivadores de coca, amapola y marihuana, en la hora de su despenalización*, <http://www.indepaz.org.co/vicios-penales/>
569. Véase: Declaración del Tercer Foro de Cultivadores de Opio de Myanmar, 12 de septiembre de 2015, https://www.tni.org/files/article-downloads/spanish_statement_of_3rd_myanmar_opium_farmer_forum_2015.pdf
570. Foro Mundial de Productores de Cultivos Declarados Ilícitos (2009), *Declaración Política*, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Foro%20Mundial%20de%20Productores%20de%20Cultivos%20Declarados%20Ilícitos%20Declaracion%20Politica.PDF>
571. Youngers, C. y Walsh, J. (2009), *El Desarrollo Primero Un Enfoque Más Humano y Prometedor para la Reducción de Cultivos para Mercados Ilícitos* (Washington, DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2010/WOLA_RPT-SPANISH_DEV_FNL_WEB.pdf; Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung Drugs and Development Programme y Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, *Drugs and conflict – Discussion paper by the GTZ Drugs and Development Programme* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-drugs-conflict.pdf>
572. *The role of alternative development in drug control and development cooperation, International Conference, 7–12 January 2002, Feldafing (Munich), Germany*, http://www.unodc.org/pdf/Alternative%20Development/RoleAD_DrugControl_Development.pdf; Youngers, C. y Walsh, J. (2009), *El Desarrollo Primero Un Enfoque Más Humano y Prometedor para la Reducción de Cultivos para Mercados Ilícitos* (Washington, DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2010/WOLA_RPT-SPANISH_DEV_FNL_WEB.pdf; Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung Drugs and Development Programme y Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, *Drugs and conflict – Discussion paper by the GTZ Drugs and Development Programme* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-drugs-conflict.pdf>

573. Unión Europea, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, GIZ y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2008), *Complementary drug-related data and expertise to support the global assessment by Member States of the implementation of the declaration and measures adopted by the General Assembly at its twentieth special session*, presentado en el 51º período de sesiones de la Comisión de Estupefacentes en marzo de 2008, E/CN.7/2008/CPR.11, 27 de febrero de 2008, p. 7
574. Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2008), *Quinto informe del Director Ejecutivo de la UNODC – Plan de Acción sobre cooperación internacional para la erradicación de los cultivos ilícitos para la producción de drogas y desarrollo alternativo*, E/CN.7/2008/2/Add.2 (Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito); para más información, véase: *Background paper for the International workshop and conference on alternative development* (2011), http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf
575. Extraído de: Youngers, C.A. y K. Ledebur (2015), *Consolidando Avances: Bolivia consolida logros en la reducción del cultivo de coca, y contempla la reforma de legislación obsoleta de drogas* (Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos y Red Andina de Información), http://www.wola.org/sites/default/files/Drug%20Policy/WOLA-AIN%20Bolivia_ESP_FINAL.pdf
576. Estado Plurinacional de Bolivia, *Monitoreo de Cultivos de Coca 2014*, http://www.unodc.org/documents/bolivia/Informe_Monitoreo_Coca_2014/Bolivia_Informe_Monitoreo_Coca_2014.pdf
577. Naciones Unidas (27 de junio de 1989), *C169 Convenio sobre pueblos indígenas y tribales*, 1989, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_100910.pdf
578. Véase: Naciones Unidas (marzo de 2008), *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/512/10/PDF/N0651210.pdf?OpenElement>; cuatro países —los Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda— votaron inicialmente en contra de la declaración en 2007, pero los cuatro reconsideraron sus posiciones, desde que el gobierno de Obama anunció su respaldo a la declaración en diciembre de 2010. Aunque esta declaración no es legalmente vinculante bajo la legislación internacional, representa un importante paso adelante en el reconocimiento de los derechos indígenas y brinda a los gobiernos un amplio código de prácticas óptimas
579. Kalant, H. (2001), "Medicinal use of cannabis: history and current status", *Pain, Research and Management*, 6 (2): pp. 80-91, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11854770>; Touw, M. (1981), "The religious and medicinal uses of cannabis in China, India and Tibet", *Journal of Psychoactive Drugs*, 13 (1): pp. 23-34, <https://www.cnsproductions.com/pdf/Touw.pdf>; Chopra, R.N., Chopra, I.C., Handa, K.L. y Kapur L.D. (1958), *Chopra's indigenous drugs of India* (Calcutta: UNDhur and Sons Private Ltd; Martin, R.T. (1970), "The role of coca in the history, religion, and medicine of South American Indians", *Economic Botany*, 24 (4): pp. 422–438; Weil, A.T. (1981), "The therapeutic value of coca in contemporary medicine", *Journal of Ethnopharmacology*, 3 (2-3): pp. 367–376, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0378874181900647>; Tangway, P. (2011), *Kratom in Thailand: Decriminalisation and community control?* (Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <http://idpc.net/sites/default/files/library/kratom-in-thailand.pdf>
580. Véase, por ejemplo: Isacson, A. (29 de abril de 2015), *Aún si el Glifosato No Fuera Cancerígeno, las Fumigaciones Aéreas Todavía Serían una Mala Idea*, (Washington, DC: Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos), http://www.wola.org/es/comentario/aun_si_el_glifosato_no_fuera_cancerigeno_las_fumigaciones_aereas_todavia_serian_una_mala; véase también: Guyton, K.Z., et al (mayo de 2015), "Carcinogenicity of tetrachlorvinphos, parathion, malathion, diazinon, and glyphosate", *The Lancet*, 16 (5): pp. 490-491, [http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(15\)70134-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(15)70134-8/fulltext)
581. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (marzo de 2015), *Perspectives on the development dimensions of drug control policy*, <http://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contribu>

- tions/UN/UNDP/UNDP_paper_for_CND_March_2015.pdf; Center for Legal and Social Studies, Conectas Direitos Humanos, Corporación Humanas Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género (2015), *Contributions to the OHCHR for the preparation of the study mandated by resolution A/HRC/28/L.22 of the Human Rights Council on the impact of the world drug problem and the enjoyment of human rights*, <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/DrugProblem/CELS.pdf>
582. Aunque el gobierno calcula que 3,6 millones de personas fueron desplazadas a consecuencia del Plan Colombia, la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) estima que la cifra asciende a 5,2 millones de personas
583. Véase: Naciones Unidas (2008), *Struggle for survival: Colombia's indigenous people face threat of extinction*, <http://www.un.org/en/events/tenstories/08/colombia.shtml>
584. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011), *Protecting biodiversity in production landscapes – A guide to working with agribusiness supply chains towards conserving biodiversity*, http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/environment-energy/ecosystems_and_biodiversity/biodiversity_agribusiness_supplychains.html
585. Bewley-Taylor, D. y Jelsma, M. (2011), *Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica* (Amsterdam: Transnational Institute), <https://www.tni.org/files/download/dlr12s.pdf>
586. Sánchez, C. y Bouso, J.C. (diciembre de 2015), *Ayahuasca: de la Amazonía a la aldea global* (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service y Transnational Institute), https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_43_spanish_web_19122015.pdf
587. https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf
588. Sánchez, C. y Bouso, J.C. (diciembre de 2015), *Ayahuasca: de la Amazonía a la aldea global* (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service y Transnational Institute), https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_43_spanish_web_19122015.pdf
589. Jelsma, M. (2011), *El retiro de la prohibición de la masticación de la coca: Propuesta de Bolivia para modificar la Convención Única de 1961* (Amsterdam: Transnational Institute), <https://www.tni.org/files/download/dlr11s.pdf>
590. Corte Suprema de Italia (2012), Sentencia No. 14876; véase también: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (septiembre de 2015), *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, A/HRC/30/65, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx>
591. Tapia Méndez, D. (12 de marzo de 2015), "Fallo histórico en Arica reconoce uso cultural de la hoja de coca en Chile", *El Morro Cotudo*, <http://www.elmorrocotudo.cl/noticia/sociedad/fallo-historico-en-arica-reconoce-uso-cultural-de-la-hoja-de-coca-en-chile>
592. Departamento de Justicia de Canadá (2007), *Controlled Drugs and Substance Act*, <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-38.8/>
593. Tupper, K.W. (2011), "Ayahuasca in Canada: cultural phenomenon and policy issue". En: Labate, B.C. y Jungaberle, H., editores, *The internationalization of ayahuasca* (Zurich: Lit Verlag)
594. Véase: <http://www.enaco.com.pe/>
595. Declaración Patrimonio Cultural de la Nación a los conocimientos y usos tradicionales del Ayahuasca practicados por comunidades nativas amazónicas, Resolución Directoral Nacional, N° 836/INC. Lima, 24 de junio de 2008, <http://www.bialabate.net/news/peru-declara-la-ayahuasca-patrimonio-cultural>; véase también: Sánchez, C. y Bouso, J.C. (diciembre de 2015), *Ayahuasca: de la Amazonía a la aldea global* (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service y Transnational Institute), https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_43_spanish_web_19122015.pdf
596. Véase: Sentencia C-882/11, Reforma constitucional introducida al artículo 49 de la constitución política – No requería la realización de consulta previa a las comunidades indígenas, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/C-882-11.htm>
597. Abduca, R. y Metaal, P. (junio de 2013), *Hacia un mercado legal para la coca: el caso del coqueo argentino* (Amsterdam: Transnational Institute), http://www.druglawreform.info/images/stories/DLR_23_klein_def2.pdf
598. Para más información, véase: NcFaddem, D. (16 de septiembre de 2014), "Jamaica's Rastas ready for ganja decriminalization", *The Jamaica Observer*, http://www.jamaicaobserver.com/news/Jamaica-s-Rastas-ready-for-ganja-decriminalisation_17546818
599. National Commission on Ganja (7 de agosto de 2001), *A report of the National Commission on Ganja to Rt. Hon. P.J. Patterson, Q.C., M.P. Prime Minister of Jamaica*, <http://www.cannabis-med.org/science/Jamaica.htm>
600. Hoja informativa preparada por el Ministerio de Justicia sobre la Ley (Enmendada) sobre Drogas Peligrosas 2015, http://www.moj.gov.jm/sites/default/files/Dangerous%20Drugs%20Amendment%20Act%202015%20Fact%20Sheet_0.pdf; Jamaican Parliament (2015), http://www.japarlament.gov.jm/attachments/339_The%20Dangerous%20Drug%20bill%202015.pdf
601. Artículo 384: "El Estado protege a la coca originaria y ancestral como patrimonio cultural, recurso natural renovable de la biodiversidad de Bolivia, y como factor de cohesión social; en su estado natural no es estupefaciente. La revalorización, producción, comercialización e industrialización se regirá mediante la ley"
602. Spedding, A. (2004), "Coca Use in Bolivia: a traditional of thousands of years". En: Coomber, R. y South, N., eds. (2004), *Drug use and cultural contexts "beyond the West"* (Londres: Free Association Books)
603. Consejo Económico y Social (mayo de 1950), *Informe de la Comisión de Estudio de las Hojas de Coca*, <https://www.tni.org/en/node/16689>
604. Organización Mundial de la Salud e Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (1995), *Cocaine project, briefing kit*, <http://www.undrug-control.info/images/stories/documents/who-briefing-kit.pdf>; véase también: Duke, J.A., Aulik, D. y Plowman, T. (1975), "Nutritional value of coca", *Botanic Museum Leaflets Harvard University*, 24 (6): pp. 113–118
605. Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2011), *Nota para la incidencia política del IDPC – Es hora de reparar un error histórico: El IDPC insta a todos los países a no presentar objeciones a la propuesta de Bolivia para eliminar la prohibición que pesa sobre la masticación de la hoja de coca*, <http://idpc.net/es/publications/2011/01/idpc-advocacy-note-bolivia-proposal-coca-leaf-spa>; C.N.829.2011.TREATIES-28 (Depositary Notification), *Bolivia (Plurinational State of): communication, 10 January 2012* (Nueva York: Naciones Unidas), <http://treaties.un.org/doc/Publication/CN/2011/CN.829.2011-Eng.pdf>; <http://www.undrugcontrol.info/en/issues/unscheduling-the-coca-leaf/item/2594-bolivia-se-retira-de-la-convencion-unica-sobre-estupefacientes-de-la-onu>
606. Véase: <http://druglawreform.info/images/stories/documents/bolivia-reaccession-reservation.pdf>; Transnational Institute (14 de enero de 2013), *UN accepts "coca leaf chewing" in Bolivia*, <https://www.tni.org/en/inthemedial/un-accepts-coca-leaf-chewing-bolivia>
607. Farthing, L.C. y Ledebur, K. (julio de 2015), *Habeas Coca: Control Social de la Coca en Bolivia* (Open Society Foundations), <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/habeas-coca-bolivia-s-community-coca-control>
608. Véase: <http://www.iceers.org/more-about-ayahuasca.php?lang=en#Vs3oCGQrJdc> y <http://www.iceers.org/legal-defense.php?lang=en#VjeiX7fhCUI>; véase también: Sánchez, C. y Bouso, J.C. (diciembre de 2015), *Ayahuasca: de la Amazonía a la aldea global* (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service y Transnational Institute), https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_43_spanish_web_19122015.pdf
609. Organización Mundial de la Salud (2006), *Assessment of khat (Catha edulis Forsk.)*, WHO Expert Committee on Drug Dependence, 34th ECDD 2006/4.4, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf; Advisory Council on the Misuse of Drugs (2005), *Khat (Qat): Assessment of risk to the individual and communities in the UK*; Fitzgerald, J. (2009), *Khat: A literature review* (Melbourne: Louise Lawrence Pty Ltd), <http://www.ceh.org.au/>

- [downloads/Khat_Report_FINAL.pdf](#); Pennings, E.J.M., Opperhuizen A. y Van Amsterdam, J.G.C. (2008), "Risk assessment of khat use in the Netherlands. A review based on adverse health effects, prevalence, criminal involvement and public order", *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 52: pp. 199–207
610. Klein, A., Metaal, P. y Jelsma, M. (2012), *Rumiando la prohibición del khat La globalización del control y la regulación de un antiguo estimulante* (Amsterdam: Transnational Institute), <https://www.tni.org/files/download/dlr17s.pdf>
611. Advisory Council on the Misuse of Drugs (enero de 2013), *Khat report 2013*, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/144120/report-2013.pdf
612. Global Drug Policy Observatory (enero de 2014), *The UK khat ban: Likely adverse consequences*, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/GDPO-situation-analysis-khat.pdf>
613. The Guardian (26 de junio de 2015), *How Britain's khat ban devastated an entire Kenyan town*, <http://www.theguardian.com/world/2015/jun/26/khat-uk-ban-kenyan-farmers-poverty>; Anastasio, M. (21 de mayo de 2014), "The knock-on effect: UK khat ban and its implications for Kenya", *Talking Drugs*, <http://www.talkingdrugs.org/the-knock-on-effect-uk-khat-ban-and-its-implications-for-kenya>

Glosario

Abstinencia	Condición de contenerse de consumir drogas.
Clasificación de sustancias	El sistema de fiscalización internacional de drogas asigna estas sustancias a un conjunto particular de controles llamados “listas”. El objetivo consiste en someter una droga determinada a un conjunto adecuado de controles, de acuerdo a su nivel de daños y su utilidad médica. El acto o proceso de asignar las sustancias “estupefacientes” o “psicotrópicas” (como las describen los tratados) a su respectivo lugar dentro del régimen de control es conocido como “clasificación de sustancias” o “inclusión de sustancias en las listas”. Cuanto más peligrosa sea la droga, más estrictos son los controles; al menos en teoría. La OMS recomienda cuál es la lista apropiada (si procede), mientras que la CND toma la decisión final. La OMS formula recomendaciones sobre bases científicas y médicas, mientras que la CND toma en cuenta los factores sociales, económicos y de otra índole. Los sistemas jurídicos nacionales incluyen sistemas de clasificación basados en el esquema internacional, empleando en ocasiones terminología alternativa para representar sus listados.
Consumo o uso de drogas	Autoadministración de una sustancia psicoactiva.
Consumo de drogas inyectadas o por vía intravenosa	Las inyecciones pueden ser por vía intramuscular (en el músculo), subcutánea (bajo la piel), intravenosa (en la vena), etcétera.
Control de drogas / políticas de drogas	La regulación, por parte de un sistema de leyes y organismos, de la producción, la distribución, la venta y el consumo de determinadas sustancias controladas a nivel local, nacional o internacional.
Convenciones / tratados de drogas de la ONU	Tratados internacionales que se ocupan del control de la producción, la distribución, la posesión y el uso de sustancias psicoactivas. El primer tratado que abordó las sustancias controladas o fiscalizadas fue el Convenio de La Haya de 1912; sus disposiciones y las de otros convenios posteriores se consolidaron en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (modificada por el Protocolo de 1972). Más adelante, se sumaron el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas.
Dependencia de drogas	La dependencia de drogas es un concepto disputado. La Organización Mundial de la Salud la define como un “trastorno médico crónico sujeto a recaídas, con una base fisiológica y genética”. Sin embargo, algunos activistas defensores de los consumidores de drogas han rechazado términos que describen la dependencia de drogas como un trastorno médico, en tanto que este enfoque parece definir el consumo de drogas como una enfermedad, mientras que la ONU reporta que apenas el 10% de quienes usan drogas presentan problemas relacionados con el uso de estas sustancias. Esto se conoce a menudo como la “patologización” del consumo de drogas. Los responsables de políticas y profesionales que interactúan con grupos y redes de personas que usan drogas deben ser conscientes de que algunos activistas pueden mostrarse incómodos con la terminología o los modelos que promueven tal definición. Relacionado a los fines de esta Guía, la dependencia de drogas se refiere a una gama de conductas que incluyen un fuerte deseo de consumir drogas, la dificultad para controlar el consumo, y el uso continuado de la sustancia a pesar de los problemas físicos, mentales y sociales asociados con el consumo de drogas. A menudo se caracteriza por una tolerancia creciente en el transcurso del tiempo, y con síntomas de abstinencia si el consumo de la sustancia cesa de forma repentina.

Derivación / alternativas al encarcelamiento	La derivación se refiere a medidas para ofrecer alternativas a las sanciones penales o el encarcelamiento de personas que son arrestadas por delitos menores y no violentos relacionados con drogas. Las medidas de derivación se pueden aplicar mediante políticas, programas y prácticas orientadas a remitir a las personas a intervenciones sociales y de salud, tales como actividades para la reducción de daños y el tratamiento para la dependencia de drogas, en lugar de someterlas a procesos de justicia penal que involucran arresto, detención, enjuiciamiento, determinación de sentencias judiciales y encarcelamiento. Las medidas de derivación pueden ser aplicadas por la policía (antes o después del arresto), fiscales o jueces (antes de determinar la sentencia, en el momento de dictarla o una vez dictada la sentencia).
Descriminalización	La descriminalización del uso de drogas se refiere a la eliminación de sanciones penales por el consumo y la posesión de drogas, la tenencia de accesorios para consumir estas sustancias, así como el cultivo y la adquisición de drogas para consumo personal. La descriminalización puede implicar la eliminación de todas las sanciones. De forma alternativa, aunque después de la descriminalización puedan imponerse sanciones civiles o administrativas (en contraposición a sanciones penales), estas deben ser menos punitivas que las impuestas en el marco de la criminalización, y conllevar un acceso voluntario a servicios para la reducción de daños, de salud y sociales basados en pruebas empíricas y en los derechos humanos. Con la descriminalización <i>de jure</i>, las sanciones penales correspondientes a determinadas actividades son formalmente eliminadas mediante reformas legales. Con la descriminalización <i>de facto</i>, la actividad en cuestión sigue siendo un delito penal pero, en la práctica, las sanciones penales no se aplican.
Despenalización	La despenalización es la reducción en la severidad de las sanciones correspondientes a un delito. La despenalización puede implicar reducir la duración máxima y/o mínima de las penas o los montos de las multas para ciertos delitos relacionados con drogas, o reemplazar la pena de cárcel por opciones alternativas para determinar las penas en casos de delitos menores.
Legalización	La legalización es un proceso mediante el cual todas las conductas relacionadas con drogas (uso, posesión, cultivo, producción, comercio, etc.) se convierten en actividades legales. Dentro de este proceso, los gobiernos pueden optar por adoptar leyes y políticas administrativas para regular la producción, la distribución y el consumo de drogas, limitando su disponibilidad y acceso; este proceso es conocido como “regulación legal”.
Medios de vida alternativos	También conocidos por los conceptos de “desarrollo en un entorno de drogas”, “control de drogas orientado al desarrollo” o “seguridad alimentaria”, los programas de medios de vida alternativos se proponen promover el desarrollo económico equitativo en zonas rurales donde se producen cultivos utilizados para la elaboración de sustancias controladas a nivel internacional. El objetivo es mejorar la calidad general de vida en estas áreas rurales.
Nuevas sustancias psicoactivas (NSP)	También conocidas como “drogas legales” o “euforizantes legales”, son sustancias con propiedades psicoactivas (capaces de alterar el estado de ánimo y/o la percepción) cuya producción, distribución, posesión y consumo no están sujetos al control internacional de drogas.

Proporcionalidad de las penas	La proporcionalidad es un principio jurídico reconocido internacionalmente, aplicable a la respuesta de un gobierno hacia actividades que causan daños a otras personas. Este principio exige que la severidad de cualquier castigo impuesto se mida de acuerdo con los daños causados por las acciones del infractor, así como con la culpabilidad y circunstancias de quien comete el delito. Los instrumentos internacionales de derechos humanos, prevención del delito y justicia penal contribuyen a establecer parámetros de proporcionalidad. Representa el equivalente legislativo de la creencia popular de que “el castigo debe ser equivalente al delito”.
Pruebas de consumo o de detección de drogas	Análisis de los fluidos corporales (como sangre, orina o saliva), del cabello o de otros tejidos para detectar la presencia de una o varias sustancias psicoactivas. Se utiliza para vigilar la abstinencia de estas sustancias en personas que siguen programas de rehabilitación, para controlar el consumo clandestino de drogas entre los pacientes en tratamiento de mantenimiento o cuando las condiciones para obtener un empleo dependen de la abstinencia de sustancias psicoactivas. No es un método eficaz para desalentar el consumo de sustancias y provoca, además, diversas consecuencias negativas, como que los usuarios se pasen a consumir sustancias más nocivas para evitar la detección.
Sustancia controlada o fiscalizada	Una sustancia psicoactiva cuya producción, venta, posesión y consumo están restringidos a aquellas personas autorizadas por el régimen internacional de control de drogas. Este término es preferible a “drogas ilícitas” o “sustancias ilícitas”, en tanto que no es la droga en sí la que es ilícita, sino su producción, venta, posesión o consumo en circunstancias particulares y en una jurisdicción determinada. “Mercado ilícito de drogas”, un término más exacto, se refiere a la producción, la distribución, la venta y el consumo de cualquier sustancia fuera de los canales legalmente autorizados.
Recuperación	La recuperación comprende cualquier paso o cambio positivo que lleve a la mejora de la salud, del bienestar o de la calidad de vida general de una persona. Por ende, no debe entenderse únicamente como la abstinencia del consumo de drogas. La recuperación es gradual, y corresponde a cada persona decidir cuál será su meta de recuperación (por ejemplo, consumo controlado de sustancias, terapia de sustitución, etc.).
Reducción de daños	Políticas, programas y prácticas que buscan disminuir los problemas físicos, psicológicos y sociales asociados con el consumo de drogas sin interrumpir necesariamente tal consumo. Algunas personas no pueden o no desean dejar de usar drogas, pero aún así requieren servicios de salud y otras intervenciones para optimizar su salud y bienestar. Por consiguiente, la reducción de daños es un conjunto de respuestas pragmáticas dirigidas hacia esos objetivos, más que una ideología que trata de impedir el consumo de drogas como prioridad fundamental. Las intervenciones más conocidas para la reducción de daños son los programas de agujas y jeringuillas (PAJ), la terapia de sustitución de opioides (TSO), los centros para el consumo de drogas, etc., medidas que encarnan un enfoque pragmático hacia la realidad del uso de drogas.
Reducción de la demanda	Término general empleado para describir políticas o programas dirigidos a reducir la demanda de sustancias controladas a nivel internacional. Se refiere en particular a estrategias de prevención, educación, tratamiento y rehabilitación, en contraposición a estrategias de aplicación de la ley orientadas a proscribir la producción y distribución de drogas.

Reducción de la oferta	Políticas o programas que persiguen reducir —y en última instancia eliminar— la producción y distribución de drogas. Históricamente, el sistema internacional de fiscalización de estupefacientes se ha centrado en estrategias basadas en la oferta, como la erradicación de cultivos, la interceptación de cargamentos por las autoridades policiales, etc. Las pruebas demuestran que estas estrategias no han conseguido poner freno al mercado mundial de sustancias. Algunos países han adoptado ahora un enfoque basado en medios de vida alternativos.
Regulación legal	La regulación legal se refiere a un modelo por el que el cultivo, la elaboración, el transporte y la venta de determinadas drogas se rigen por un régimen de regulación legal. Este régimen puede incluir regulaciones sobre el precio, la potencia, el empaquetado, la producción, el traslado, la disponibilidad, la comercialización y/o el consumo; todas estas regulaciones son aplicadas por agencias estatales.
Rehabilitación	Proceso mediante el cual una persona dependiente de drogas alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos. La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversos enfoques, tales como la terapia de grupo, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o en una vivienda protegida, formación profesional y experiencia laboral. También puede incluir una TSO de larga duración.
Reincidencia	La tendencia a repetir un delito y/o a continuar retornando a prisión.
Tratamiento asistido con heroína	El tratamiento asistido con heroína es una opción terapéutica que se ha añadido al elenco de TSO en un creciente número de países durante las últimas dos décadas, a medida que su base empírica se ha ido extendiendo y consolidando. Entraña el suministro de diamorfina a los pacientes; normalmente, a aquellos que no han logrado beneficios con TSO más tradicionales que emplean metadona o buprenorfina. Las dosis de diamorfina se administran bajo supervisión clínica en un entorno médico seguro e higiénico, y los elementos de medicación se combinan con intensos mecanismos de apoyo psico-social. Los TAH se están proporcionando actualmente con resultados positivos en Suiza, Alemania, el Reino Unido, Dinamarca, España, Canadá y los Países Bajos.
Tratamiento de la dependencia al uso de drogas	El tratamiento de la dependencia de drogas describe una gama de intervenciones —tanto médicas como psico-sociales— para apoyar a las personas que experimentan problemas con su consumo de drogas, para estabilizarlas o recuperar el control sobre este consumo, o para procurar la abstinencia. La complejidad de la dependencia de drogas es tal que la respuesta, el entorno y la intensidad del tratamiento se deben diseñar a la medida de cada individuo. Por ende, debe disponerse de un menú integral de servicios que se adapten a las características, necesidades, preferencias y circunstancias particulares de cada persona que desea acceder al tratamiento. El objetivo del tratamiento es permitir a la persona mantener un estilo de vida saludable y socialmente constructivo.

Financiado, en parte, por Open Society Foundations y Robert Carr Fund



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS



**ROBERT
CARR
FUND**
for civil society
networks

La **Guía sobre Políticas de Drogas del IDPC** reúne evidencia, prácticas idóneas y experiencias a nivel global para prestar un análisis experto sobre el amplio abanico de temas relacionados a las políticas de drogas (incluyendo la salud pública, la justicia criminal y el desarrollo). En cada capítulo, el IDPC ofrece recomendaciones y referencias suplementarias con el objetivo de promover políticas eficaces, equilibradas y humanas a nivel nacional, regional e internacional.

El **Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC)** es una red mundial de ONG que trabaja para fomentar un debate objetivo y abierto

Diseño del informe por Mathew Birch
email: mathew@mathewbirch.com

Diseño de la portada por Rudy Tun-Sánchez
email: rudo.tun@gmail.com

sobre la eficacia, la dirección y el contenido de las políticas de drogas a nivel nacional e internacional, y apoya políticas basadas en la evidencia que son eficaces en reducir los daños relacionados con las drogas. Los miembros del IDPC tienen amplia experiencia y experticia en el análisis de políticas y problemas relacionados con drogas y contribuyen a los debates políticos a nivel nacional e internacional. El IDPC ofrece consejos especialistas a través de la difusión de informes, ponencias durante conferencias, reuniones con responsables políticos y viajes de estudio. El IDPC promueve también la capacitación y la formación de organizaciones de la sociedad civil para fortalecer su trabajo de incidencia política.

Tel: +44 (0) 20 7324 2974

Fax: +44 (0) 20 7324 2977

Email: contact@idpc.net

Sitio web: www.idpc.net

© International Drug Policy Consortium Publication 2016