



En busca de los derechos:

usuarios de drogas y las respuestas
estatales en América Latina

CEDD
Colectivo de Estudios Drogas y Derecho



En busca de los derechos:

**Usuarios de drogas
y las respuestas estatales
en América Latina**

En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina

Editoras

Catalina Pérez Correa (CIDE)
Coletta Youngers (WOLA)

Autores

Pien Metaal (TNI)
Alejandro Corda (Intercambios A.C.)
Araceli Galante (Intercambios A.C.)
Diana Rossi (Intercambios A.C.)
Gloria Rose Marie de Achá (Acción Andina)
Luciana Boiteux (Universidad Federal de Rio de Janeiro)
João Pedro Chaves (Universidade Federal Fluminense)
Rodrigo Uprimny (Dejusticia)
Diana Esther Guzmán (Dejusticia)
Jorge Alberto Parra (Dejusticia)
Carolina Bernal (Dejusticia)
Jorge Vicente Paladines (UASB)
Catalina Pérez Correa (CIDE)
Karen Silva (CIDE)
Ricardo Soberón (CIDDH)
Gianella Bardazano (IELSUR)
Coletta Youngers (WOLA)

Comunicación y medios

Kristel Mucino

Traducción capítulo de Brasil del portugués al español

Enrique Bossio

Edición

Karen Silva

Impresión

Becker & Marcus.

Contribución financiera:

Open Society Foundations

Contacto:

www.drogasyderecho.org
contacto@drogasyderecho.org

Las opiniones y datos contenidos en este documento son de la exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es) y no representan el punto de vista del CIDE como institución.

ISBN en trámite
Impreso en México, Mayo 2014

ÍNDICE

Sobre el CEDD	4
Resumen Ejecutivo	5
Introducción	11
Principios y Normas Globales sobre -los derechos de- personas que usan drogas ilícitamente.....	16
<i>Pien Metaal</i>	
Personas que usan estupefacientes en Argentina. Una matriz “prohibicionista- abstencionista”	36
<i>R. Alejandro Corda, Araceli Galante, Diana Rossi</i>	
Consumo y consumidores de drogas en Bolivia.....	49
<i>Gloria Rose Marie de Achá</i>	
Respuestas estatales al consumidor de drogas ilícitas en Brasil: un análisis crítico de las políticas públicas (penales y civiles) para los consumidores.....	63
<i>Luciana Boiteux y João Pedro Pádua</i>	
Políticas frente al consumo de drogas de uso ilícito en Colombia.....	78
<i>Rodrigo Uprimny, Diana Esther Guzmán, Jorge Alberto Parra, Carolina Bernal</i>	
La respuesta sanitaria frente al uso ilícito de drogas en Ecuador.....	92
<i>Jorge Vicente Paladines</i>	
Consumo y consumidores de drogas de uso ilícito en México	108
<i>Catalina Pérez Correa, Karen Silva</i>	
Los usuarios de drogas en el Perú. Políticas, derechos y problemas.	123
<i>Ricardo Soberón Garrido</i>	
Respuestas estatales a los usuarios de sustancias psicoactivas en Uruguay: entre la alternativa y la profundización de la guerra contra las drogas	136
<i>Gianella Bardazano</i>	
Conclusiones y recomendaciones generales.....	152
Sobre los autores	176

SOBRE EL CEDD

El CEDD reúne investigadores –en su mayoría juristas– de ocho países Latinoamericanos, así como representantes de las instituciones impulsoras del colectivo: la Oficina en Washington sobre Asuntos Latinoamericanos (WOLA) y el Transnational Institute (TNI). El propósito del Colectivo es analizar el impacto regional de la legislación penal y la práctica jurídica en materia de drogas controladas. El CEDD busca generar información sobre las características y los costos, sean sociales o económicos, de las políticas en materia de drogas en América Latina. Con ello, busca fomentar un debate informado sobre la efectividad de las políticas de drogas actuales y recomendar abordajes alternativos para políticas más justas y efectivas. Los investigadores se reúnen periódicamente para abordar un tema en materia de drogas y generar estudios a nivel nacional y regional sobre dicho tema.

En un primer esfuerzo, el grupo elaboró un extenso estudio sobre el impacto de las leyes de drogas sobre los sistemas carcelarios de ocho países latinoamericanos. (Dicho estudio, titulado *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América Latina*, puede ser consultado en el siguiente vínculo: <http://drogasyderecho.org/leyes-de-drogas-y-cárceles-en-américa-latina.html>

En un segundo tomo, el colectivo utilizó la proporcionalidad como eje para abordar el estudio de las políticas de drogas en cada país. Los estudios de esa fase, muestran cómo los castigos impuestos para delitos de drogas a nivel regional y el trato de los ofensores a las leyes de drogas son desproporcionados a los daños que los delitos de drogas producen y en ocasiones resultan más lesivos que las conductas que buscan reprimir. Asimismo, los estudios sobre proporcionalidad exhiben los múltiples costos que la política actual tiene tanto para los gobiernos como para importantes sectores de la sociedad.

Los estudios individuales por país, sobre proporcionalidad así como las versiones completas del presente estudio sobre consumo y las respuestas estatales pueden ser consultadas en la página del CEDD en la página: <http://drogasyderecho.org>

RESUMEN EJECUTIVO

El presente reporte muestra los resultados del estudio más reciente del Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD). El estudio titulado “En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina” analiza las repuestas de los países miembros del Colectivo ante el consumo de drogas de uso ilícito, enfocándose en dos ámbitos fundamentales: las respuestas penales y las de salud. El estudio contempla 8 países en América Latina: México, Colombia, Perú, Ecuador, Brasil, Argentina, Uruguay y Bolivia.

Actualmente existe un fuerte consenso de que el consumo no es un asunto de índole penal, sino uno social y de salud. El informe de 2013 de la Organización de Estados Americanos (OEA) que analiza el problema de drogas en las Américas afirma que diversos líderes mundiales, académicos y representantes de la sociedad civil, coinciden en la necesidad de entender “el consumo de drogas como una cuestión de salud pública, de reducir el consumo con campañas de prevención basadas en la evidencia y de alentar la experimentación con modelos de regulación legal de ciertas drogas”.¹

A pesar de ello, y como muestran los informes que forman parte de este estudio, las respuestas de los gobiernos latinoamericanos frente al consumo de sustancias ilícitas siguen siendo predominantemente punitivas y represivas, de tal forma que es a través de las instituciones penales, y no de las de salud, como los Estados abordan el fenómeno del consumo de drogas de uso ilícito y como se acercan a los usuarios en nuestros países. Incluso en los países en los que el consumo no es un delito, existe una persistente criminalización hacia las personas usuarias de drogas de uso ilícito.

El tratamiento del consumo (y de los usuarios) por la vía penal resulta problemático por varias razones. Primero, porque las respuestas que criminalizan a los usuarios de drogas frecuentemente resultan más nocivas para el bienestar de los usuarios (y para la sociedad en general) que los consumos mismos y no son útiles en términos de disminuir los índices de consumo. Segundo, como se muestra en este reporte, la respuesta penal contribuye a generar un ambiente de estigmatización y discriminación hacia los usuarios, lo que repercute negativamente en su posibilidad de ser considerados de forma imparcial por policías y por el sistema judicial. Esta discriminación también impide a los usuarios de drogas buscar ayuda médica si es que la necesitan. Tercero, la criminalización de usuarios de drogas de uso ilícito representa un uso poco eficiente y racional de los recursos públicos destinados tanto a la

¹ Véase, El problema de drogas en las Américas, Secretaría General, OEA, 2013. Pg. 5.

seguridad ciudadana como al sector salud, pues se trata de recursos que podrían ser usados para prevenir delitos y/o atender problemas de dependencia. Finalmente, esta forma de abordar del consumo –a través del sistema penal- termina por vulnerar distintos derechos fundamentales de los usuarios como son el derecho a la salud, a la información, a la autonomía personal, a la libre determinación, entre otros. Todo ello, viola diversas normas nacionales e internacionales de derechos humanos que los Estados están obligados a proteger.

A continuación resumimos los principales hallazgos de los estudios por país:

- La mayoría de las políticas públicas adoptadas por los países estudiados relacionadas con el consumo de drogas parten de un enfoque represivo y prohibicionista que no distingue entre los diferentes tipos de uso y/o entre sustancias o usuarios; por lo tanto, resultan inadecuados para atender los daños causados por el uso problemático de drogas.
- En todos los países estudiados, existe una fuerte discriminación y estigmatización de los usuarios de drogas de uso ilícito. Aun en países donde el consumo de dichas sustancias no es criminalizado encontramos que con frecuencia los consumidores son tratados como criminales. Esto empuja a los consumidores fuera del alcance de los sistemas de salud.
- En todos los países estudiados encontramos que los usuarios de drogas de uso ilícito son perseguidos penalmente, a pesar de que el consumo no es un delito. En Argentina, Ecuador, México, y Bolivia el acto de consumir drogas no es un delito. Sin embargo, según el estudio de **Argentina**, en una muestra del año 2011, alrededor de 73-74% de las causas por infracción a la ley de drogas iniciadas por las fuerzas de seguridad en el Fuero Penal Federal de la ciudad de Buenos Aires eran por el delito de tenencia de estupefacientes para consumo personal. En **Ecuador**, actualmente se encuentran detenidas, con sentencia condenatoria, 5.103 personas por el delito de tenencia o posesión de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, de un total de 6.467 detenciones frente a los demás delitos de drogas. En **México**, entre 2009 y mayo de 2013, fueron detenidas, a nivel nacional, 140,860 personas por consumo de drogas y fueron iniciadas, por la misma causa y durante el mismo periodo 53,769 averiguaciones en el sistema

federal. En **Bolivia**, entre 2005 y 2011 se detuvo a 6.316 personas por posesión de drogas (en su mayoría cannabis), aunque la posesión no está tipificada como delito.

- La respuesta penal pone a los usuarios de drogas en situaciones de vulnerabilidad frente a las autoridades, exponiéndolos a situaciones de corrupción, extorsión, maltrato físico, abuso sexual, detenciones arbitrarias y otras violaciones de sus derechos fundamentales.
- En gran parte como resultado de la estigmatización del consumo de drogas, los usuarios sufren la vulneración constante de sus derechos fundamentales. Estos derechos incluyen el derecho a la salud, a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad, a la no discriminación, a la información, al debido proceso, entre otros.
- Los gobiernos estudiados priorizan el control de la oferta de drogas ilícitas por encima del consumo (demanda). Ello repercute negativamente en la capacidad de dar respuestas sociales y de salud adecuadas ante el consumo y contribuye a la vulneración de los derechos de salud de los usuarios (futuros y presentes).
- Existe una marcada escases de información sobre el consumo, una falta de sistematización de la misma y, en algunos casos, problemas metodológicos y conceptuales en la generación de información sobre el consumo. Por una parte, ello favorece la sobredimensión del problema del consumo de drogas ilícitas. Por otra, impide la formulación y desarrollo de políticas informadas y basadas en información empírica.
- Al priorizar el sistema penal sobre el de salud, los Estados han abdicado su responsabilidad frente a los usuarios que requieren tratamiento, dejando que sea el sector privado el principal proveedor de los servicios de rehabilitación y tratamiento. En este contexto, encontramos que los Estados frecuentemente no reglamentan y/o no fiscalizan a los centros privados, muchos de los cuales funcionan de manera informal utilizando tratamientos sin sustento científico. Tanto en el sector público como en el privado prevalecen modelos de tratamientos basados en la abstinencia y hay poco énfasis en los programas que se enfocan en reducir los daños asociados con el consumo, los

cuales han mostrado ser más eficaces en mitigar los efectos negativos del consumo de drogas de uso ilícito.

- A lo largo de la región, las personas usuarias de drogas –aun cuando su consumo no sea problemático– pueden ser sometidas involuntariamente a tratamientos. Esto significa el uso de escasos recursos destinados al sector salud que podrían ser usados para personas que sí desean y necesitan tratamientos son utilizados en personas que no desean o necesitan el tratamiento. En este contexto, el modelo de las Cortes de Drogas, se presenta como una alternativa al encarcelamiento el cual mantiene a los consumidores en el sistema penal. Preocupa que esta propuesta sea percibida como una respuesta sanitaria, cuando sus componentes siguen siendo de naturaleza penal y puede reproducir todos los problemas del sistema penal frente al consumo.

RECOMENDACIONES

1. Los usuarios o consumidores de sustancias de uso ilícito deben ser reconocidos como sujetos de derechos. Estos incluyen, entre otros, el derecho a la salud; derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad; derecho a la no discriminación; y derecho al debido proceso.
2. El consumo es un tema social y de salud que requiere políticas públicas no represivas. El derecho penal nunca debe ser empleado en casos de consumo y posesión simple o como excusa para proteger la salud. Por lo tanto, se debe hacer efectiva -- ya sea cambiando la letra de la ley penal y/o corrigiendo práctica de las agencias de la aplicación de la ley y judiciales -- la descriminalización del porte o tenencia para el consumo personal de drogas y el auto-cultivo.
3. Los Estados deben reorientar las prioridades de sus políticas de drogas, poniendo mucho más énfasis en la demanda, y haciéndolo a través de servicios de salud y programas de educación.
4. Los Estados deben establecer e implementar políticas públicas sociales y de salud inclusivas, basadas en evidencia científica y respetando los derechos humanos, a través del aumento presupuestario, ofrecimiento de servicios públicos accesibles y de buena calidad,

capacidad de monitoreo y evaluación periódica del cumplimiento de las políticas y de sus resultados.

5. Las políticas de drogas no deben estar basadas en prejuicios ni estereotipos, sino en información científica y confiable. En este sentido, los Estados deben hacer mayores esfuerzos en el proceso de identificación, recolección, sistematización, y difusión de información relevante sobre los tipos de uso, usuarios, oferta de servicios, proceso de producción y distribución de sustancias.

6. Además, los Estados debe brindar información a los usuarios sobre los potenciales daños del consumo de drogas legales e ilegales, medidas para mitigar los riesgos de su uso, y sobre los tratamientos disponibles en el caso de requerirlos.

7. Las políticas de drogas, incluyendo programas de educación y prevención, deben distinguir entre distintas formas de consumo -- consumo no frecuente no problemático, consumo frecuente problemático, consumo frecuente no problemático y consumo no frecuente y problemático – y las diferencias en las sustancias mismas. Además deben reconocer que no todo uso de drogas es problemática ni justifica la intervención del Estado.

8. La iniciativa de Uruguay de creación mercados legales y regulados de cannabis merece apoyo internacional y regional. Se deben promover iniciativas similares, incluyendo clubes de cannabis, en otros países o locales (como existe en los estados de Colorado y Washington en los Estados Unidos).

9. Los Estados deben elaborar e implementar programas de tratamiento y rehabilitación basados en evidencia científica y con enfoques en reducción de daños para mitigar las consecuencias negativas y riesgos que puedan ser derivados del consumo de drogas.

10. Los Estados deben fiscalizar la aplicación de cualquier tipo de tratamientos y rehabilitación por parte del sector privado. Los centros terapéuticos que enfatizan el aislamiento o el trabajo forzado no remunerado deben ser remplazados por programas basados en evidencia científica.

11. El Estado no puede forzar tratamientos. En casos extremos donde la internación pueda ser recomendable, la intervención del Estado debe basarse en dos principios: el consentimiento informado, y la internación como último recurso, observando siempre de forma estricta, las garantías individuales.

12. Con respecto a los umbrales de cantidades legales para uso personal, lo recomendable es que estos sean usados para fijar cantidades mínimas por debajo de las cuales nunca se puede tener a una persona como comerciante y que a la vez no se entienda que por encima de dichas cantidades las personas pueden ser sancionadas por distribución y tráfico, pues en todo caso es el Estado el que debe probar que tenían la intención de vender o distribuir. Los umbrales, además, deben estar fijados en atención a las prácticas de los consumidores y no arbitrariamente, asegurando siempre la protección de consumidores.

13. Las cortes de drogas son una repuesta penal y no socio-sanitaria, aunque en su promoción lo presentan como alternativa al encarcelamiento. En América Latina, en vez de replicar el modelo de cortes de drogas de los Estados Unidos, los países de la región deben explorar otras alternativas a la privación de libertad y la descriminalización de la posesión para uso personal para reducir el número de personas encarceladas por el porte para el consumo y delitos de drogas menores no violentos.

El Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD) reúne investigadores de 8 países Latinoamericanos con el objetivo de analizar el impacto de la legislación penal y la práctica jurídica en materia de drogas en la región para generar información, fomentar un debate informado sobre la efectividad de las políticas actuales y recomendar políticas alternativas más justas y efectivas. Para más información sobre este grupo y sus integrantes visitar www.drogasyderecho.org

Los estudios completos por país, así como investigaciones pasadas del grupo, pueden consultarse en: www.drogasyderecho.org

INTRODUCCIÓN

A pesar de la importancia que ha tenido para la región latinoamericana el control de las drogas, relativamente poca atención se ha puesto a los usuarios de las mismas, a las razones que tienen las personas para usar drogas, a las formas existentes de consumo y a los contextos en los que se usan diferentes sustancias. Esto ha llevado a descuidar la relación que existe entre usuarios y Estado, y ha conducido a un desconocimiento general sobre cuestiones claves como: ¿Quiénes son usuarios de drogas? ¿Qué derechos tienen estas personas? ¿Cuándo se justifica la intervención del Estado frente al consumo de sustancias? ¿Qué tipo de intervenciones se justifican? ¿Cómo deben realizarse dichas intervenciones? ¿Cómo responden actualmente los Estados frente a los usuarios de drogas?

El presente reporte incluye la síntesis de los estudios recientemente realizados por los miembros del Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD) sobre el consumo ilícito de drogas y las respuestas estatales ante el mismo. Cada uno de los estudios incluidos analiza cómo los Estados estudiados responden al consumo de drogas enfocándose en dos ámbitos fundamentales: las respuestas penales y las de salud. Los estudios comienzan con una descripción por país de las leyes y políticas públicas vigentes en torno al consumo ilícito de drogas para después estudiar cómo se traducen dichas leyes y políticas en la práctica. Los estudios muestran que en la mayoría de los países estudiados los Estados adoptan un enfoque represivo y prohibicionista que en la práctica se traduce en una serie de violaciones directas a los derechos fundamentales de los usuarios de drogas.

El reporte se divide en tres partes. En la primera se presenta la regulación internacional vigente en materia de drogas. En la segunda, se muestra una síntesis de los estudios realizados sobre consumo y las respuestas estatales en cada país estudiado: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Uruguay. En la tercera parte se incluyen una serie de conclusiones extraídas de la comparación de los estudios mencionados, y recomendaciones que esperamos ayuden a desarrollar políticas de drogas más justas, proporcionales y acordes con los derechos fundamentales de los usuarios.

¿Por qué estudiar el consumo de drogas de uso ilícito y las respuestas del Estado?

Existe cierto consenso a nivel internacional de que el consumo no es un asunto de índole penal, sino uno social y de salud.¹ El informe de 2013 de la OEA, donde se analiza el problema de drogas en las Américas afirma, por ejemplo, que diversos líderes mundiales, académicos y representantes de la sociedad civil, coinciden en la necesidad de entender “el consumo de drogas como una cuestión de salud pública, de reducir el consumo con campañas de prevención basadas en la evidencia y de alentar la experimentación con modelos de regulación legal de ciertas drogas”.² A pesar de ello, las respuestas de los Estados latinoamericanos frente al consumo de sustancias de uso ilícito siguen siendo predominantemente punitivas y represivas, de tal forma que es a través de las instituciones de los sistemas penales, y no de las de salud, como los Estados abordan el fenómeno del consumo de drogas de uso ilícito y como se acercan a los usuarios en nuestros países.

Esto significa un problema por varias razones: primero, se ha señalado que el tratamiento del consumo (y de los usuarios) por la vía penal resulta inadecuado para enfrentar los potenciales problemas que el uso de sustancias (legales e ilegales) pueden producir (Comisión Global de Política de Drogas, 2011).³ En términos de protección de los usuarios, estudios anteriores del Colectivo de Estudios Drogas y Derecho muestran que las respuestas que criminalizan a los usuarios de drogas frecuentemente resultan más nocivas para la salud de los usuarios que los consumos mismos y que no son útiles en términos de disminuir los índices de consumo (problemático o no problemático).⁴ Además, como se muestra en este reporte, la respuesta penal contribuye a generar un ambiente de estigmatización y discriminación hacia los usuarios, lo que repercute negativamente en su posibilidad de ser

¹ Se ha señalado, por ejemplo que, en la mayoría de los casos, el consumo no produce efectos negativos relevantes ni para el individuo que consume ni para la sociedad <Mitchell, C.N. (1990). *The Drug Solution: Regulating Drugs According to Principles of Efficiency, Justice and Democracy*. Canadá: Carleton University Press>. Y se ha afirmado que los efectos más nocivos son resultado del actual régimen prohibitivo que, al criminalizar a consumidores, los expone a situaciones de riesgo. Véase: Organización de los Estados Americanos (2012), *Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013 – 2025*, Washington: OEA. También véase: Asamblea General-Organización de Estados Americanos (2013), *Declaración de Antigua, Guatemala “Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas”*, disponible en: <http://www.cancilleria.gov.co/newsroom/news/declaracion-antigua-guatemala-politica-integral-frente-al-problema-mundial-las-drogas>

² Véase, Secretaría General-Organización de los Estados Americanos (2013), *El problema de drogas en las Américas*, Washington: OEA, p. 5.

³ Comisión Global de Política de Drogas (2011). *Guerra contra las Drogas, Informe de la Comisión Global de Política de Drogas*. Disponible en: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Spanish.pdf.

⁴ Uprimny, R., Guzmán D. y Parra J. (2012), *La adicción punitiva: La desproporción de leyes en América Latina*. disponible en http://www.dejusticia.org/index.php?modo=interna&tema=estado_de_derecho&publicacion=1391

tratados de forma imparcial por policías y por las instituciones del sistema judicial. Finalmente, este tipo de abordaje del consumo –a través de instituciones penales- termina por vulnerar distintos derechos fundamentales de los usuarios como son el derecho a la salud, a la información, a la autonomía personal, a la libre determinación, entre otros. Todo ello, viola diversas normas nacionales e internacionales de derechos humanos que los Estados están obligados a proteger.

En términos del funcionamiento de los Estados, la criminalización de usuarios de drogas representa un uso poco racional de los recursos públicos destinados tanto a la seguridad ciudadana como al sector salud. Para policías, fiscales y poderes judiciales, la criminalización de consumidores implica el uso de recursos escasos que podrían ser usados para atender y perseguir conductas de mayor relevancia social (como el robo violento, la violación, el secuestro o el homicidio). Para el sector salud, la existencia de tratamientos obligatorios a los que en algunos países se someten a los usuarios –sean o no consumidores con uso problemático– significa el uso de valiosos recursos que podrían ser usados en campañas de prevención o en el tratamiento basado en evidencia científica. Para los usuarios que requieren tratamientos, el uso de recursos en tratamientos obligatorios a menudo implica perder la posibilidad de acceder a servicios de tratamientos voluntarios ofertados por instituciones del sector público. Finalmente, se ha demostrado que el uso de tratamiento obligatorio pocas veces rinde resultados positivos, pues la voluntariedad del tratamiento es un factor esencial que en gran parte determina el éxito o fracaso del mismo.

De forma paralela al reconocimiento de los problemas que causa la criminalización de los usuarios de drogas de uso ilícito, ha emergido un acuerdo entre expertos y expertas en torno a tres ideas centrales:

- i) La necesidad de distinguir diferentes tipos de consumo;
 - ii) La necesidad de distinguir entre tipos de sustancias y los efectos que producen en distintos individuos;
 - iii) La importancia de reconocer que no debe haber una respuesta única frente al consumo
- i) Uno de los elementos claves para la formulación de políticas públicas racionales y proporcionales en materia de drogas, es la aceptación de diversos tipos de usos de drogas, legales e ilegales. En este sentido, sería conveniente al menos distinguir los usos en función de la frecuencia y los efectos que el consumo produce frente a la comunidad. Mientras que por su frecuencia el consumo puede ser frecuente u ocasional, los efectos del mismo pueden ser problemáticos o no problemáticos. De tal forma que, como señala la Comisión Asesora para

una política de drogas en Colombia⁵, es posible distinguir por lo menos cuatro tipos de consumos de drogas: consumo frecuente y no problemático, consumo frecuente y problemático, consumo ocasional y no problemático y consumo ocasional y problemático. Asimismo, es importante señalar que es el consumo problemático, frecuente u ocasional el que genera efectos negativos a los usuarios, a sus familias y a sus comunidades.



Fuente: Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2013), *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas*, Bogotá, p. 19.

Esta categorización permite ver que no todo uso de drogas es problemático ni justifica una intervención coactiva del Estado. Además, es relevante reconocer que el uso de algunas drogas (como el alcohol y la cocaína) genera efectos farmacológicos en los individuos que pueden alterar el juicio. Y, si bajo estas condiciones, la persona comete un delito, entonces el Estado podría legítimamente intervenir coactivamente, usando el derecho penal, pero porque busca enfrentar un hecho violento y no para reprimir o tratar el consumo. En este sentido, cuando el consumo problemático genera efectos negativos significativos sobre la salud de las personas, son las instituciones de salud y no las penales las que deben intervenir para atender el problema.

ii) Para enfrentar adecuadamente el consumo es importante además reconocer que no todas las sustancias controladas generan los mismos efectos en los individuos. Como señala el informe de la OEA, “la evidencia científica muestra que los individuos tienen características diferentes y viven en entornos también diversos que los harán más o menos vulnerables al uso

⁵ Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas*. Bogotá, p. 19. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/Lineamientos5318-CA.pdf>

de sustancias.”⁶ Existen pues factores de riesgo y factores de protección que contribuyen al desarrollo de usos problemáticos de sustancias. Por ello, es importante que las políticas en la materia usen la evidencia empírica disponible sobre cómo funcionan dichas sustancias en el organismo, las formas en que son usadas y las prácticas habituales de consumo.

iii) La distinción entre tipos de consumo y sustancias, permite notar que los consumos no deben recibir una sola respuesta por parte del Estado. Así, los consumos ocasionales y no problemáticos no justifican una intervención intensiva o coactiva por parte del Estado, aunque si pueden implicar la obligación del Estado de informar a los usuarios sobre los riesgos existentes por el consumo de distintas sustancias. A la vez, los consumos problemáticos, pueden implicar una intervención del Estado, pero desde una perspectiva sanitaria y de derechos y no penal. Ello implica que los Estados deben destinar recursos al sistema de salud para la prevención y tratamiento de consumo problemático.

En este contexto, el Colectivo de Estudios Drogas y Derecho encuentra la necesidad de entender empíricamente el fenómeno del consumo a nivel regional y de estudiar cómo, de facto, los Estados responden ante el mismo. La premisa fundamental de la cual partimos es que sólo a partir de información concreta podemos reenfocar las actuales políticas frente al consumo de drogas desde un enfoque penal hacia uno de salud pública, derechos humanos y reducción de daños.

⁶ Véase, Secretaría General-Organización de los Estados Americanos (2013), *El problema de drogas en las Américas*, Washington: OEA, p. 68

PRINCIPIOS Y NORMAS GLOBALES SOBRE -LOS DERECHOS DE- PERSONAS QUE USAN DROGAS ILÍCITAMENTE

Pien Metaal

“El estigma y la discriminación contra los usuarios de drogas dificultan su acceso a los servicios de salud y tratamiento”

(Página web de la Organización Panamericana de Salud (OPS): Verdades sobre el alcohol y el abuso de sustancias)

Introducción

Para poder calificar las respuestas estatales hacia el fenómeno del consumo de sustancias controladas y los usuarios de las mismas, es preciso analizar las normas y principios existentes a nivel global que en teoría forman la base para las normas y legislaciones nacionales en la materia.

Partimos de la normativa internacional para las drogas, las convenciones internacionales que delimitan el marco legal en todos los países que forman parte del estudio, después examinamos la normativa de los derechos humanos, para luego ver cuáles son las conexas entre distintos enfoques de derecho en las que el usuario es contemplado : como paciente, como consumidor, como persona, como niño/a, como ciudadano/a, etc. También veremos el aumento constante de directrices y manuales producidos por las instancias de Naciones Unidas, particularmente la ONUDC.

Es importante destacar la influencia que los tratados internacionales sobre drogas han tenido sobre el diseño de las legislaciones nacionales en la materia. A menudo los Gobiernos utilizan estos instrumentos jurídicos como justificación de sus leyes y prácticas represivas, y también en el marco de los debates actuales en varios países sobre la necesidad de cambiar la normativa y las políticas existentes, surge el tema como factor determinante o limitante.

A la vez, las convenciones internacionales sobre drogas delimitan de forma rígida interpretaciones sobre el consumo, prescribiendo recetas únicas con poca relación con el mundo real. Sin embargo, hay una tendencia hacia interpretaciones propias que buscan asentar políticas y leyes nacionales más ajustadas a la realidad propia. Además la tendencia en las instancias multilaterales (ONU y sistema interamericano) encargadas de la temática, se distancia cada vez más de un trato exclusivamente penal de la posesión de drogas para uso personal, como parte de un cambio de paradigma visible.

Las convenciones internacionales sobre drogas

Una de las principales normas de las convenciones es la protección de la salud de personas usuarias de drogas. La Convención Única de Estupefacientes de 1961, instrumento que asienta el régimen jurídico a nivel global para los usos medicinales y científicos de ciertas sustancias, comienza de esta manera:

Preocupados por la salud física y moral de la humanidad...

Reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin...

A partir de la ratificación y vigencia de esta norma, cualquier consumo de las sustancias que fueron incluidas en las listas del tratado, que no sea calificado, a través de las normas nacionales, como un uso médico o científico, comenzó a ser considerado como un tema de preocupación¹;

Reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad...

La calificación como toxicomanía de cualquier consumo de estas sustancias que no sea para usos medicinales o científicos, en el sentido estricto de la palabra, marcó el inicio de la restricción y la negación formal del uso recreativo de las sustancias controladas por las normas internacionales, y la problematización de tal consumo. En el lenguaje de los tratados de control de drogas es común referirse al “abuso de drogas”, cuando se refiere a usos que no sean médicos o científicos. No es entonces la misma sustancia la que merece la calificación de ‘ilícita’, sino el contexto de su uso. El uso de las sustancias es ilícito, si no cabe dentro de los usos previstos en la norma.

Sin embargo, el tratado de 1961 maneja otro enfoque cuando al uso tradicional se refiere. El artículo 49 de la norma define que “toda Parte podrá reservarse el derecho de autorizar **temporalmente** en cualquiera de sus territorios”:

- a) El uso del opio con fines casi médicos;
- b) El uso del opio para fumar;
- c) La masticación de la hoja de coca;

¹ Las versiones en castellano y francés utilizan el concepto de “la salud moral”, que podría interpretarse de manera distinta a la formulación en inglés, que habla de “la salud y el bienestar” (“*health and welfare of mankind*”).

- d) El uso de la cannabis, de la resina de cannabis, de extractos y tinturas de cannabis con fines no médicos y;
- e) la producción, la fabricación y el comercio de los estupefacientes mencionados en los apartados A a D para los fines en ellos especificados.

El artículo 49.2 define un plazo límite para que este tipo de uso quede abolido o prohibido, dentro de 15 y 25 años a la entrada en vigor de la convención. Aquí ninguna disposición ofrece un escape para aquel país que quiera proteger los usos de las plantas proscritas, que es milenario en todos los casos.

El artículo 38 de la Convención Única originalmente estableció:

TRATAMIENTO DE LOS TOXICÓMANOS

Las Partes considerarán especialmente las medidas que pueden adoptarse para el tratamiento médico, el cuidado y la rehabilitación de los toxicómanos.

Si la toxicomanía constituye un grave problema para una Parte y si sus recursos económicos lo permiten, es conveniente que dicha Parte establezca servicios adecuados para tratar eficazmente a los toxicómanos.

Cuando se refieren a los toxicómanos, o la toxicomanía, no solamente se refieren a aquellas sustancias que producen dependencia física, explica el Comentario a la Convención Única, sino también “al uso indebido habitual de sustancias sujetas a la Convención Única, aunque no producen dependencia física, como es la cocaína, el cannabis y la resina de cannabis”². Claramente aquí la referencia es al uso recreativo.

Respecto a lo que se entiende por establecer “servicios adecuados para tratar eficazmente a los toxicómanos”, tal como lo señalaba el segundo párrafo del artículo 38, el comentario aclara que aunque la Conferencia Plenipotenciaria “no rechaza la idea de la utilidad del tratamiento obligatorio”, sugerido en una redacción anterior del artículo 38 que iba bastante más lejos (“Las Partes procurasen por todos los medios establecer servicios para tratamiento obligatorio de los toxicómanos en instituciones cerradas”), aconsejó no establecer en la Convención un método concreto de tratamiento como único válido, aunque la misma conferencia definió el uso de establecimientos cerrados como el más eficaz para tal fin.³

² Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, Comentario Artículo 38, página 487, Naciones Unidas, Nueva York, 1989

³ *Ídem.* p. 488.

Con el Protocolo de Modificación de la Convención Única de 1961, aprobada en 1972, se cambió el título y el contenido del artículo 38, enfatizando la necesidad de proveer acceso a tratamiento y rehabilitación como alternativa al encarcelamiento.

El artículo 38 de la Convención Única y el título del mismo quedaron modificados en la siguiente forma:

"MEDIDAS CONTRA EL USO INDEBIDO DE ESTUPEFACIENTES

1. Las Partes prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación postratamiento rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, adoptarán todas las medidas posibles al efecto y coordinarán sus esfuerzos en ese sentido.

2. Las Partes fomentarán, en la medida de lo posible, la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de estupefacientes.

3. Las Partes procurarán prestar asistencia a las personas cuyo trabajo así lo exija para que lleguen a conocer los problemas del uso indebido de estupefacientes y de su prevención y fomentarán asimismo ese conocimiento entre el público en general, si existe el peligro de que se difunda el uso indebido de estupefacientes."

La relevancia de este protocolo está en que permite a los Estados adoptar medidas menos represivas para los usuarios de drogas, particularmente la sustitución de encarcelamiento por tratamiento. Hoy día esto sirve como base legal a los países europeos que tienen políticas alternativas para los usuarios, incluyendo opciones de tratamiento e intervenciones de reducción de daños.

La siguiente norma relevante para definir el trato de las personas consumidores de drogas cuyos usos fueron restringidos, la Convención de 1988, fue aún más influyente en esa definición. En ella, el conjunto de normas acordadas por la comunidad internacional definió que los países deben de enfrentar el fenómeno del tráfico de drogas para los usos que no sean lícitos en el sentido de la Convención Única (es decir, usos medicinales y científicos), con sanciones penales. Sin embargo, el consumo de drogas como tal no existe entre las figuras delictivas que se encuentran listadas en el artículo 3.1.a: "delitos y sanciones" de dicho instrumento.⁴

Lo anterior implica que los países firmantes no están obligados a sancionar el consumo mismo; sin embargo, éste sigue siendo parte del control de drogas en la práctica y hay varios países en donde el consumo de drogas en sí mismo, es penalizado. Por otro lado, según la Convención de 1988 es delito la instigación o inducción a consumir; el artículo (3.1.c.iii) menciona;

⁴ Véase para una discusión más en detalle sobre ese punto: "Los límites de la flexibilidad, las convenciones de control de drogas de la ONU" Dave Bewley-Taylor y Martin Jelsma, Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 18, TNI, marzo, 2012

“Instigar o inducir públicamente a otros, por cualquier medio, a cometer alguno de los delitos tipificados de conformidad con el presente artículo o a utilizar ilícitamente estupefacientes o sustancias sicotrópicas;

Este artículo estipula una importante excepción:

“A reserva de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico”.

Vale añadir que esta cláusula de escape también es aplicable a las figuras de posesión, cultivo y compra para uso personal, aunque en la práctica pocas legislaciones nacionales hacen uso de la excepción para estas otras figuras delictivas. La gama de figuras que ofrece la Convención de 1988 a las que podría aplicarse la excepción mencionada arriba es muy amplia y detallada.

Por otro lado, la Convención de 1988 también asienta normas sobre el tratamiento del “delincuente”, en el mismo artículo 3;

b) Las Partes podrán disponer, en los casos de delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, que, como complemento de la declaración de culpabilidad de la condena, el delincuente sea sometido a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción social.

c) No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, en los casos apropiados de infracciones de carácter leve, las Partes podrán sustituir la declaración de culpabilidad o la condena por la aplicación de otras medidas tales como las de educación, rehabilitación o reinserción social, así como, cuando el delincuente sea un toxicómano, de tratamiento y pos tratamiento.

d) Las Partes podrán, ya sea a título sustitutivo de la declaración de culpabilidad o de la condena por un delito tipificado de conformidad con el párrafo 2 del presente artículo o como complemento de dicha declaración de culpabilidad o de dicha condena, disponer medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción social del delincuente.

Se entiende también, al leer el Comentario de la Convención de 1988, que estas provisiones fueron designadas principalmente para las personas que usan drogas, que en el lenguaje del tratado, se conocen como “toxicómanos”. Como se mencionó anteriormente, en consonancia con la definición del tratado de 1961, cualquier uso de drogas que no sea medicinal o científico es considerado abuso, o toxicomanía. También llama la atención que se maneja el uso de un tratamiento como una medida alternativa o complementaria a condenas o sanciones penales, lo cual puede ayudar al desarrollo de legislaciones en donde se considere la aplicación obligatoria del tratamiento. De cierta forma esta lógica persiste en el modelo promovido por la Organización de los Estados Americanos (OEA) y otras instancias multilaterales de las Cortes o Tribunales de Drogas (ver más adelante).

Proveniente de igual manera de los Comentarios a la Convención de 1988, un amplio párrafo está dedicado a explicar qué se entiende por “tratamiento”. Llama la atención en particular la descripción referente al tema del tratamiento como medida alternativa, en donde

el tratamiento se impone a veces como una condición para evitar el encarcelamiento. El objetivo es tener en cuenta la condición médica del delincuente manteniéndolo apartado del entorno en que el tratamiento sería mínimo, y la oportunidad para seguir usando drogas en forma indebida sería grande. Esas medidas, por lo tanto, no son necesariamente más leves que el encarcelamiento ni muy diferentes del concepto de castigo.

Continúa señalando que hay cuestiones controvertidas, como “la del derecho civil dimanantes de la internación por periodos indefinidos”.⁵

En resumen, los tratados internacionales de drogas se inclinan hacia el desarrollo de la normativa nacional en dos sentidos: en primer lugar prescriben la restricción de cualquier uso de las sustancias controladas que no tenga fines médicos ni científicos. En segundo lugar ordenan una penalización de los delitos, que si bien excluye al consumo mismo –aunque prohíbe los usos tradicionales–, deja abierta la opción de castigar al usuario por salir de esa restricción con tratamiento obligatorio, vulnerando sus derechos fundamentales.

Instrumentos internacionales de derechos humanos

En teoría se reconoce la prevalencia de los tratados en materia de derechos humanos (DDHH) sobre los tratados de drogas o de cualquier otro. En la práctica, sin embargo, el tema está pendiente de un consenso mundial al respecto. No todos los países en el mundo consideran superior el orden de los DDHH frente a otros temas, y en los países donde sí se reconoce su prevalencia, también se violan los derechos fundamentales a menudo. La tensión entre ambos terrenos ha sido reconocida ampliamente en la última década. Las personas que usan drogas frecuentemente son presentadas como un “mal de la sociedad” que amenaza la salud pública y los valores de la población y la sociedad. Privados de sus características humanas, las personas que usan drogas son a menudo excluidas de la esfera de los derechos humanos.⁶

En este apartado reflejamos los principios generales recogidos en los distintos instrumentos de derechos humanos fundamentales reconocidos y promovidos por las Naciones Unidas (ONU), y seguimos con las normas y principios específicos que se aplican a los

⁵ Comentario a la Convención de 1988, Segunda parte, Disposiciones sustantivas, p. 75

⁶ Reajustar el Régimen; la necesidad de una política internacional de drogas basada en los derechos humanos, Fundación Beckley, 2008.

usuarios de drogas en instrumentos reconocidos a nivel mundial. Concluimos con informes relevantes que fueron publicados en los últimos años respecto a los derechos de los usuarios, o normas relacionadas.

Las convenciones de drogas de la ONU se deben interpretar en sintonía con las normas internacionales de derechos humanos, por el orden reconocido que tienen en la jerarquía del derecho internacional. De este modo, se limitarán los excesos justificados en virtud de estos tratados y se aumentará la legitimidad jurídica a los elementos positivos que contienen, como sería el relativo al acceso a medicamentos esenciales controlados y a la libertad para ampliar la reducción de daños.

Como ya se vio, las convenciones de la ONU no obligan a los Estados la criminalización del uso de drogas y deja abierta opciones para permitir el cultivo y la posesión para uso personal bajo ciertos parámetros. La JIFE y la ONUDC harían bien en abogar a favor de estas alternativas para evitar excesos que conllevan una interpretación estricta. En efecto, dada la ineffectividad de la criminalización sobre el nivel de uso y los daños relacionados con las drogas, es difícil entender cómo sancionar el uso o la posesión para uso personal puede considerarse una vulneración proporcionada del derecho a la intimidad o a la manifestación de religiones o culturas.⁷

Dicho esto, existen ámbitos en las convenciones de drogas que no pueden conciliarse con la legislación en materia de derechos humanos, en particular la prohibición de ciertas prácticas tradicionales, culturales e indígenas. Estos conflictos deben ser abordados por los Estados partes de las convenciones.

Por su parte, todas las instituciones de la ONU tienen la obligación de promover los derechos humanos en virtud de su establecimiento en el marco de la Carta de las Naciones Unidas.

Diversos tratados e instrumentos de derechos humanos, de las distintas generaciones, tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT) y otras convenciones sobre los derechos humanos de grupos específicos o cuestiones particulares (como las mujeres, los trabajadores migratorios, las personas con discapacidad, racismo), analizan el compromiso con los derechos humanos fundamentales de los Estados en virtud de la Carta de la ONU y los estipulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

⁷ *Ídem*

Estos tratados obligan además a aquellos Estados que los ratifican a respetar, proteger y cumplir los derechos en ellos consagrados. Viendo el panorama, surge la pregunta: ¿Qué violaciones de los derechos humanos tienen lugar en nombre del control de drogas?⁸

El derecho a la vida

Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Aún son 33 los Gobiernos de todo el mundo que mantienen en sus leyes internas la pena de muerte como posible castigo por delitos relacionados con drogas. Aunque solo algunos de ellos realizan ejecuciones, cada año se ejecuta a cientos de personas. La aplicación de la pena capital por delitos de drogas no cumple con el requisito de ‘más graves delitos’ que dispone el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

El derecho a la salud

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño –y otras fuentes–.

Las personas que usan drogas tienen derecho a servicios de salud de calidad y disponibles, accesibles, aceptables y suficientes.

En diversos países, las leyes penales que prohíben la provisión y posesión de jeringuillas generan un clima de temor entre las personas usuarias de drogas, alejándolas de los servicios de prevención del VIH que pueden salvarles la vida y de otros servicios de salud. Esto, a su vez, fomenta conductas de riesgo y, por lo tanto, facilita el contagio de enfermedades de transmisión sanguínea como el VIH y la hepatitis C.

Por su parte, el acceso a medicamentos esenciales es uno de los requisitos básicos mínimos reconocidos en el derecho a la salud. Las restricciones legales y políticas que pesan sobre algunos medicamentos esenciales terminan por afectar en el ámbito de la salud; por ejemplo, en el caso de la morfina, se afecta a una gran cantidad de personas que por algún motivo de salud sufren de dolor moderado a severo. El acceso a la metadona y la buprenorfina como tratamiento de sustitución para los usuarios dependientes de opiáceos, además, se ve obstaculizado y, en algunos países, es incluso ilegal, violando la protección a la salud de estas personas, pues no tienen acceso a un tratamiento adecuado.

⁸ Véase para una discusión amplia del tema: <http://www.tni.org/es/briefing/derechos-humanos-y-politicas-de-drogas>

Varios países utilizan ‘centros de detención y rehabilitación obligatoria para usuarios de drogas’ como una forma de tratamiento de la dependencia de sustancias. A menudo, estos centros están dirigidos por funcionarios policiales o supervisados por funcionarios judiciales que carecen de formación médica. Se afirma incluso que algunos centros utilizan tratamientos experimentales sin el consentimiento de los pacientes (véase también el derecho a la dignidad inherente al ser humano, en el artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos).

Derecho a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Convención contra la Tortura y Convención sobre los Derechos del Niño

En su informe, el anterior Relator Especial de la ONU sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, señala los desafíos a que se enfrentan los sistemas de justicia penal, con las políticas punitivas, tanto en términos de números absolutos, como en lo que respecta a las necesidades especiales de los usuarios de drogas en prisión. Manfred Nowak y su sucesor en el cargo, Juan Méndez, han instado a que se incrementen las intervenciones de reducción de daños en los centros de detención.

Muchos usuarios de drogas en cárceles y centros de tratamiento obligatorio han denunciado haber sido sometidos a palizas, agresiones sexuales, ayuno forzado y tratos humillantes.

El síndrome de abstinencia también se ha utilizado para obtener dinero o extraer información de las personas que usan drogas; las palizas policiales de sospechosos para sonsacarles información son algo común.⁹

Derecho a no ser sometido a trabajo forzoso

Artículo 8 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

En los centros de tratamiento obligatorio para usuarios de drogas, es algunas veces utilizado el trabajo forzoso como elemento ‘terapéutico’, coaccionando a los pacientes para que trabajen sin recibir una remuneración a cambio.

⁹ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes Consejo de Derechos Humanos A/HRC/10/44, 14 de enero de 2009

Derecho al debido proceso y a un juicio justo

Artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Debido al gran número de detenciones relacionadas con las drogas, el sistema judicial penal suele estar sobrecargado y, en ocasiones, las personas sospechosas de cometer un delito permanecen en prisión preventiva durante meses.

Los usuarios de drogas que se encuentran en centros de tratamiento obligatorio suelen verse arrestados y enviados a los centros de forma automática, sin que se les haya garantizado un juicio justo. En varios países del mundo, los usuarios de drogas, dependientes o no, son enviados a estos centros de forma obligatoria. Esto significa que el sistema no diferencia entre aquellos usuarios que realmente necesitan tratamiento y aquellos que no son problemáticos.

En algunos países, se han establecido o se utilizan tribunales especiales para juzgar a las personas sospechosas de tráfico de drogas, como el Tribunal Revolucionario de Irán.

Derecho a no ser objeto de discriminación

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1960, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966.

Debido al gran estigma social asociado con el consumo de drogas, los usuarios de drogas son objeto de discriminación en su lugar de trabajo y en sus comunidades.

En algunos países, las leyes de control de drogas se aplican discriminando a grupos étnicos minoritarios, pueblos indígenas y mujeres. En efecto, las mujeres y las mujeres embarazadas que usan drogas sufren un estigma especialmente marcado.

Derecho a un nivel de vida adecuado y a la realización progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966

Es de conocimiento común que las drogas ilícitas suelen ser producidas por agricultores de las comunidades más pobres y vulnerables del mundo. Las campañas de erradicación de cultivos pueden tener un efecto devastador sobre los agricultores y sus familias, dejándolos sin medios de subsistencia alternativos.

Los programas de desarrollo alternativo, que no están diseñados y secuenciados de forma adecuada también pueden resultar devastadores para estas comunidades.

Derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas

Artículo 14(2) de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de 1989 y Declaración Universal sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007 –artículos 11, 12, 24, 26, 27 –, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial –y otras fuentes–.

A los pueblos indígenas se les impide producir y consumir sustancias fiscalizadas que llevan siglos utilizando con fines tradicionales. Este sería el caso, por ejemplo, de la hoja de coca en América Latina, el kratom en Tailandia y Myanmar, y el opio en todo el Sudeste Asiático.

Derechos del niño

Artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño: *“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias”.*

El actual sistema de control de drogas no está protegiendo a los niños y las niñas. El consumo de drogas entre los jóvenes es mayor que nunca y, cuando los niños comienzan a usar drogas, en muchos casos no se proporcionan ningún servicio de tratamiento ni se aplican programas de reducción de daños. En la mayoría de los países, los niños que usan drogas son criminalizados y, en muchos casos, tienen que llevar esta carga durante el resto de sus vidas. Al mismo tiempo, los hijos y las hijas de personas que usan drogas son estigmatizados y, si los padres son enviados a la cárcel o a centros de detención, los hijos corren un alto riesgo de cometer delitos y usar también drogas ellos mismos.

Los niños se encuentran entre los grupos que carecen de acceso a medicamentos esenciales para el alivio del dolor que están sometidos a fiscalización.

Por otro lado, los niños son detenidos junto con sus madres cuando a estas se las condena por delitos de drogas, ya que no tienen otro lugar a dónde ir.

Además, los niños pierden la vida y se convierten en huérfanos a causa de la violencia relacionada con las drogas.

El Comité de la ONU sobre los Derechos del Niño ha instado a que no se criminalice a los niños y niñas que consumen drogas, a que se les facilite información precisa y objetiva sobre las drogas y a que se les ofrezcan servicios de tratamiento y de reducción de drogas adaptados a sus necesidades.

El mismo Comité ha criticado las fumigaciones aéreas en Colombia y la utilización de menores en las fuerzas armadas mexicanas para luchar en la guerra contra las drogas.

En suma, se puede concluir que las normas y principios sobre derechos humanos tienen una relevancia significativa en su aplicación en el campo de control de drogas. En la última década se ha visto una creciente consciencia de esa relevancia en los debates y los documentos publicados por parte de las instancias encargadas del control de drogas.

¿De la coerción a la cohesión? Normativa para tratamiento desde la ONU

A pesar de que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, existen pocos informes especiales sobre el cumplimiento por parte de los Estados referente a la implicación de esta norma en relación a los usuarios problemáticos de drogas, quienes se encuentran en necesidad de atención socio-sanitaria. Sin embargo en los últimos años se ha incrementado la atención hacia el tema por parte de la ONU.

Un ejemplo relativamente reciente, es el informe anual del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de 2009, que dedicó un subcapítulo específico bajo la denominación de “los grupos vulnerables y el consentimiento informado” a “las personas que consuman drogas”. Basándose en el derecho a la salud, más específicamente el consentimiento informado¹⁰, señala que debe garantizarse con la máxima protección contra la estigmatización o la discriminación por cualquier motivo, identificando a las personas que usan drogas – incluyendo el alcohol en su sentido amplio–, como uno de los grupos a los que debe garantizarse esa protección.

A su vez, el Informe Grover¹¹ identificó por primera vez a los usuarios de drogas como un grupo cuyos derechos están siendo vulnerados o violados. El derecho al consentimiento informado es relevante para el trabajo actual porque justamente los usuarios de drogas han sido invisibilizados debido al estigma que existe sobre sus hábitos. Muchos de ellos son encerrados para recibir tratamientos, lejos de cualquier control por parte de las autoridades sanitarias y de sus familias.

¹⁰ Término usada en el mundo médico que indica la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

¹¹ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, Naciones Unidas, 2009, A/64/272, Nueva York.

Las siguientes conclusiones del informe podrían servir para ayudar a visibilizar las prácticas sanitarias en el marco de las drogas:

Las personas que consumen drogas son tenidas a menudo por peligrosas para sí mismas e incapaces de adoptar la decisión “correcta”. Las prohibiciones dictadas contra su comportamiento amenazan su capacidad para negarse a ser sometidas a pruebas y tratamiento. Se soslaya el consentimiento informado con la obligatoriedad de pruebas de consumo de drogas y alcoholemia cuando esas pruebas están vinculadas a consecuencias no consentidas en materia de tratamientos.

Además de que, en general, es ineficaz, de que muchas veces lleva a recaídas y de que desmotiva, el tratamiento obligatorio de la drogodependencia está asociado a menudo al aislamiento prolongado, a la detención sin supervisión judicial y a inscripciones en registros oficiales que constituyen otras tantas vulneraciones del derecho a la privacidad. En algunos países, las personas que consumen drogas son sometidas a tratamiento y pruebas del VIH obligatorios y a “terapias” que constituyen tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes refrendados nacionalmente por los marcos jurídicos vigentes en materia de lucha contra las drogas. Muchas veces, las personas que siguen un tratamiento contra la drogodependencia desconocen su índole, su duración o si se trata de un experimento. A menudo, las condiciones reinantes en los centros de tratamiento obligatorio encierran riesgos adicionales para la salud por la exposición a enfermedades infecciosas y la falta de personal cualificado capaz de afrontar situaciones de emergencia o de administrar tratamientos antidrogas con competencia médica.

Tratar como delincuentes a las personas que consumen drogas es contraproducente desde la perspectiva del derecho a la salud. Los Estados deberían cambiar la legislación que sustenta la tipificación como delito de esa conducta basándose en la realización de pruebas no consentidas. Todas las pruebas de carácter habitual de detección de consumo de drogas o alcoholemia deberían ser consentidas para alentar el establecimiento de condiciones apropiadas de asesoramiento y tratamiento y deberían aplicarse de manera no discriminatoria, transparente e incluyente. Los protocolos sobre realización de pruebas y tratamiento deberían tratar la drogodependencia igual que cualquier otra afección que requiere atención de salud.

Las directrices para el tratamiento de la drogodependencia solo deberían refrendar tratamientos basados en pruebas empíricas (como la terapia sustitutiva de opiáceos) y prever la correcta formación del personal. No se debería usar nunca tratamientos que no estén basados en pruebas empíricas y habría que ampliar los servicios de tratamiento voluntario y hacerlos accesibles a los grupos marginados.

La ONU y en particular la ONUDC produjeron una serie de publicaciones, instrumentos, manuales sobre principios y prácticas tanto en el terreno de las políticas sanitarias como en el de las penales. La siguiente es una selección relevante:

En 2007, la ONUDD publicó el Manual de principios básicos y prácticas prometedoras en la aplicación de medidas sustitutivas del encarcelamiento,¹² el cual dedica un capítulo bajo

¹² https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/07-80478_ebook.pdf

“Categorías Especiales” a los usuarios de drogas, en donde se mencionan dos opciones alternativas al encarcelamiento de usuarios de drogas: la descriminalización y la desviación. La primera estrategia es caracterizada en el documento como controvertida, la segunda como una estrategia prometedora. Una expresión formal de esta última estrategia son las cortes o tribunales de tratamiento de drogas.

En 2008 la ONUDC y la OMS lanzaron un informe de debate bajo el nombre: “Principios del tratamiento de la drogodependencia”¹³, que contiene nueve principios, con el objetivo *de promover que los gobiernos y otros emprenden acción concertada para la implementación de servicios de tratamiento con base científica, que responda a la necesidad de sus poblaciones*.¹⁴ Para el fin de nuestro informe cabe mencionar los dos principios más relevantes:

El 4to principio se refiere al “tratamiento de dependencia a SPA (sustancias psicoactivas), derechos humanos y dignidad del paciente: *Los servicios de tratamiento a la dependencia de SPA deben cumplir con las obligaciones de derechos humanos y reconocer la dignidad inherente a cada individuo; lo que incluye responder al derecho de gozar de los más altos estándares posibles de salud, bienestar y de asegurar la no discriminación*”.

En cuanto a definir las acciones, en el mismo informe se destacan los siguientes puntos:

- No discriminación a los pacientes por su consumo presente o pasado de SPA
- Tratamiento de SPA debe tener los mismos estándares éticos que tiene el tratamiento para cualquier otra condición de salud.
- Acceso a tratamiento y servicios de atención a pacientes no motivados y a los que se encuentran en prisión.
- Ningún procedimiento debe ser forzado, a menos que se trate de una situación de riesgo para el paciente y para otras personas.
- En los países en los que el porte de SPA sea penalizable, se debe ofrecer la alternativa de tratamiento y la posibilidad de elegir libremente el tratamiento o la sanción legal.
- No discriminación, ni por ningún motivo, no vulneración de los derechos humanos.

Luego, el principio número 6 establece: “Adicción, tratamiento y el sistema de justicia criminal: Los crímenes asociados al consumo de SPA tienen una prevalencia alta: ofensas para las cuales los efectos farmacológicos de las SPA contribuyen, ofensas para financiar la

¹³ http://www.unodc.org/docs/treatment/Principles_of_Drug_Dependence_Treatment_and_Care.pdf

¹⁴ Traducción propia: Introduction, p1. Discussion paper - Principles of Drug Dependence Treatment

continuación del consumo, ofensas relacionadas a la distribución y venta de SPA.” Respecto a definir las acciones, se destacan los siguientes puntos:

- Esquemas diversos de atención: de la justicia criminal al tratamiento
- Derechos humanos
- Continuidad de los servicios
- Atención continua en la comunidad
- Ni detención ni trabajos forzados

En 2010 la UNODC presenta un importante documento de debate titulado “De la coerción a la cohesión”,¹⁵ que básicamente pretende plasmar un nuevo enfoque de orientación sanitaria sobre la drogodependencia, insinuando alternativas al trato penal y abriendo el debate sobre el tratamiento obligatorio. La introducción al documento señala que “el tratamiento que se ofrezca como alternativa a las sanciones de la justicia penal tiene que basarse en pruebas y estar en consonancia con las normas éticas”.

Además, hace un señalamiento respecto al tema del tratamiento compulsivo, muy relevante para los derechos de los usuarios: “El tratamiento de la drogodependencia sin el consentimiento del paciente debería considerarse solo una opción a corto plazo y de último recurso en algunas situaciones de gran emergencia, en la que se tienen que aplicar las mismas normas éticas y científicas que en el tratamiento voluntario. *Las violaciones de los derechos humanos que se cometen en nombre del ‘tratamiento’ son ajenas a este enfoque*”.

Por su parte, uno de sus capítulos trata del tema de los tribunales especiales de drogas (TD). En el documento, estos son calificados como tratamiento y se consideran un método “eficaz como alternativa a las sanciones de justicia penal”. Según el texto las experiencias con los TD “confirmaron que los tribunales especializados en casos de drogas reducían considerablemente el consumo de drogas y los delitos conexos”. Al mismo tiempo, surgieron importantes críticas a este “modelo alternativo”, mismas que se estudiarán más adelante. Este parece ser el inicio de un amplio consenso en las instancias multilaterales de replicar ese modelo en América Latina, aunque está siendo cuestionada una parte importante de su éxito, como veremos más adelante.

¹⁵ http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//noticias/2013/09/Coersion_SPANISH.pdf

En marzo de 2012, se publicó una declaración conjunta¹⁶, de doce¹⁷ organismos de la ONU bajo el liderazgo de ONUSIDA, llamando a los Gobiernos a “a cerrar los centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas y a poner en marcha en la comunidad servicios sanitarios y sociales voluntarios, con base empírica y basados en los derechos humanos”. El documento destaca una serie de acciones en las que los organismos firmantes se comprometen a *“colaborar con los países para encontrar alternativas a los centros obligatorios de detención y rehabilitación relacionados con las drogas, proporcionando ayuda en materia de asistencia técnica, construcción de capacidades y promoción, entre otros”*. Mencionan los ámbitos en los que pueden ayudar, que son:

- puesta en común de información y buenas prácticas sobre los programas voluntarios, con base empírica y basados en la comunidad y los derechos humanos dirigidos a las personas que consumen drogas, aquellas que realizan trabajos sexuales y los niños que han sido víctimas de la explotación sexual;
- diálogo con las personas responsables de la formulación de políticas, con el fin de conseguir un mayor apoyo para los programas de tratamiento de la drogodependencia voluntarios, con base empírica y basados en los derechos humanos;
- colaboración multisectorial entre las instituciones encargadas del cumplimiento de las leyes, sanitarias, judiciales, de defensa de los derechos humanos, de asistencia social y de lucha contra las drogas, a efectos de crear marcos de actuación que respalden los servicios voluntarios y comunitarios dirigidos a las personas que consumen drogas, aquellas que realizan trabajos sexuales y los niños que han sido víctimas de la explotación sexual;
- puesta en marcha de servicios para abordar las causas primordiales de la vulnerabilidad (pobreza, desigualdad por razón de sexo, falta de estructuras de apoyo para las familias y las comunidades)

¹⁶http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_es.pdf

¹⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; Organización Internacional del Trabajo; Organización Mundial de la Salud; Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de las Mujeres; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; Programa Mundial de Alimentos; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Más recientemente, en abril de 2013, la UNODC se expresó explícitamente sobre el tema del tratamiento compulsivo en el caso de Brasil, a través de un escrito por Gilberto Gerra¹⁸, Jefe del Departamento de Prevención de Drogas y Salud de la UNODC.

Hay claras señales de que la ONU toma en serio su papel de guía de los Gobiernos, en el confuso mundo legal sobre las drogas, definiéndoles los marcos en consonancia con los principios globales sobre los derechos humanos. Todos estos documentos y normativa se refieren a personas dentro del sistema sanitario o en centros de tratamientos, ya identificados como enfermos, y con patologías establecidas. Pero es preciso preguntarse en dónde se sitúan dentro del marco existente, los usuarios que no son ni enfermos, ni cometen delitos, pero que son detenidos y perseguidos por los sistemas de justicia, tomando en cuenta que la gran mayoría de las personas que consume sustancias controladas de forma ilícita, no tiene problemas relacionadas a estos usos.

El usuario: entre paciente y delincuente

Un grupo específico de derechos relevantes establecidos son los derechos de los pacientes, mismos que desde una óptica de la ética médica contienen una serie de principios importantes relacionados con personas cuyo uso de sustancias es parte de un fenómeno médico o cuyo uso se convirtió en un problema médico. Como ha sido señalado al principio de este texto, no es tanto la sustancia misma la que define la calificación de abusiva, sino el contexto de su uso. Aquí es importante recordar que la mayoría de los problemas sanitarios reales proviene del consumo de alcohol y tabaco. Son los usos de ciertas otras drogas los que son calificados como ilícitos. La calificación de usuario de drogas, tratándose de estas drogas controladas, conlleva el atributo de delincuente.

Para llegar a reconocer los derechos de los ‘usuarios ilícitos’ de drogas como pacientes, falta un paso importante. Recordemos que según las normas internacionales y muchas de las legislaciones nacionales, TODO consumo de ciertas sustancias es considerado problemático, lo cual ha quedado reflejado en las normas y leyes nacionales. Como consecuencia del sistema global de control y los instrumentos jurídicos en el sentido estricto, el consumo de drogas que no sea médico o científico, es abuso y es tildado como toxicomanía. En consecuencia, todo uso de drogas es medicalizado y problematizado y, todo usuario es considerado como enfermo. El uso recreativo de las drogas ilícitas es una categoría inexistente según las normas, mientras

¹⁸<http://www.unodc.org/lpo-brazil/es/imprensa/artigos/2013/04/08-treating-drug-dependence-from-coercion-to-cohesion.html>

que en la realidad la gran mayoría del consumo de drogas ilícitas no es problemático desde la perspectiva de la salud pública.

Esta situación creó una contradicción, **una medicalización** del uso de drogas, en la que el usuario de drogas en vez de ser considerado como delincuente, debe de ser tratado como paciente para poder salir de la persecución del sistema judicial. Actualmente, la reivindicación de los derechos de los usuarios de drogas va por ese camino, reclamando que el consumo de drogas es un tema de salud pública, y como tal parte de las políticas públicas sanitarias. Sin embargo, ese mismo discurso tiene claras limitaciones.

El debate sobre si el uso de drogas de forma recreativa en sí mismo es un derecho, implícitamente forma parte de los debates sobre las políticas, cuando se refiere al tema del porte para consumo personal, o el cultivo de plantas para consumo personal. En varios países una nueva legislación reconoce esta forma de consumo de las sustancias psicoactivas y busca reglamentar su mercado. Explícitamente el derecho a consumir drogas como un derecho individual, forma parte de un discurso de políticos y economistas liberales, pero además es fundamental en el razonamiento de varios fallos de las últimas décadas de los tribunales superiores/constitucionales en algunos países.¹⁹

No obstante, para las personas que ilícitamente usan drogas, y que tienen problemas por ese hábito, es fundamental tener el acceso garantizado a los servicios de salud pública, como cualquier ciudadano con cualquier enfermedad. De ninguna manera debe de constituir una limitación para gozar de su derecho a la salud, a pesar del estigma que conlleva el consumo, o la condición de tener hábitos ilícitos. Así queda claro entonces que, en la práctica, las normas existentes son contrarias al disfrute de ese derecho.

Las tensiones entre las cortes de drogas y el derecho a la salud

Como ya se ha dicho, existe una contradicción entre las cortes de drogas y el derecho a la salud. Un ejemplo de esta contradicción creada, son las cortes o tribunales de drogas, o los también llamados Tribunales de Tratamiento de Drogas, en la actualidad implementados en calidad de funcionamiento o en forma de proyecto piloto en 12 países de América Latina, con miras a su expansión a más países en la región. Estos son fuertemente promocionados como una “tercera vía” por parte de las agencias multilaterales (CICAD/OEA, UNODC), como un

¹⁹ El bien jurídico defendido o manifestado en varios de los fallos se refiere al “daño a terceros”, o la “inalienabilidad del cuerpo individual”, “el derecho a decidir sobre el propio cuerpo”. Hablamos de fallos en las cortes más altas de Colombia, Argentina y Brasil.

modelo exitoso, y son presentados como una innovación que acompaña un cambio de paradigma en las políticas de drogas, saliendo de una perspectiva represiva hacia un enfoque de salud pública. Existen una serie de mitos respecto a su utilidad y éxito, con una estrecha relación al ejercicio de los derechos y garantías de las personas que ilícitamente usan drogas.

La fórmula que representan los tribunales de drogas (TD) es ofrecer a las personas que cometen delitos no violentos y que tienen problemas con usos de sustancias ilegales - (no incluye a los alcohólicos, aunque en el caso del TD en Nuevo León, México consideran también a estos) la opción de ir a tratamiento a cambio de no ir a la cárcel. El desvío de estas personas del sistema judicial al sistema de atención a la salud pretende bajar la población carcelaria, reducir los costos y el tiempo invertido en los casos de drogas por la administración de justicia, y por último bajar el número de reincidencias de actos delictivos. Para las personas en cuestión, se estima que la respuesta estatal en el caso de los TD es ayudar a recuperarse de un consumo problemático, aunque ese objetivo parece ser secundario.

El modelo se fundamenta en cuatro elementos básicos. Primero, la persona que debería perder su libertad por haber cometido un delito, y que se acredite que consume drogas, se convierte en beneficiaria de una suspensión del procedimiento penal o de la pena. Segundo, a dicha persona se le ofrece un tratamiento y en ocasiones otros servicios sociales. Tercero, el tratamiento es establecido y supervisado por un juez o tribunal que se encarga de hacer seguimiento al cumplimiento de las condiciones impuestas, para lo cual se llevan a cabo pruebas periódicas para determinar si ha consumido drogas, como audiencias de control. Cuarto, en caso de que se incumplan las condiciones impuestas por los TD, se imponen sanciones que pueden llevar incluso a la exclusión del programa. El cumplimiento, en contraste, llevaría a la adjudicación de premios y en caso de tener éxito con el tratamiento, la pena podría ser reducida significativamente o levantada.²⁰

El problema principal del funcionamiento de las cortes en la práctica, es que la penalización se mantiene para las personas que no logran terminar un tratamiento con éxito, porque siempre se mantiene la opción de castigarlas con una pena de privación de su libertad. La libertad es condicionada al éxito del tratamiento, lo cual es problemático en principio y, en muchos casos, fracasa porque el modelo de atención se basa en general en la abstención total del consumo. En vez de tratar el derecho al tratamiento como punto de partida, este modelo

²⁰ Para una discusión amplia del tema, véase: Guzman, D. (2012), *Las Cortes de Drogas. Los alcances y retos de una alternativa a la prisión*, Informe IDPC, Londres: International Drug Policy Consortium. Disponible en: http://dejusticia.org/admin/file.php?table=documentos_publicacion&field=archivo&id=272

promueve activamente usar el sistema penal para dirigir personas al tratamiento, lo cual resulta en una reversión peligrosa.

Por otro lado, las experiencias en los Estados Unidos demuestran que, en la práctica, se incrementa el número de personas que a través de los tribunales entran en contacto con el sistema judicial; es decir, en vez de reducir el número de casos, se aumentaron. Además, como demuestran los estudios por país presentados aquí, la infraestructura estatal del tratamiento es muy deficiente y la ofrecida por entidades privadas carece seriamente de monitoreo y control de calidad. Un cambio hacia más tratamiento y menos cárcel debería estar acompañado también por un cambio drástico en las decisiones políticas a favor de la inversión pública al respecto.

Conclusiones

La normativa internacional que constituye la base de las respuestas estatales a los usuarios de drogas, presenta señales distintas sobre la protección de los derechos de los usuarios. Dentro de los límites que contienen las convenciones internacionales, está que los usuarios de drogas gozan teóricamente de protección una vez calificados como toxicómanos, o pacientes dentro del sistema sanitario. Por su parte, existen cada vez más instrumentos y documentos que explícitamente reconocen la necesidad de respetar los derechos humanos de los usuarios de drogas, el sistema de atención creado para ellos, y el papel de los Estados para vigilar estos derechos.

Por otro lado, el uso de forma recreativa de las sustancias psicoactivas bajo control de los instrumentos legales internacionales como categoría es inexistente, por lo cual la gran mayoría de las personas que usan drogas de forma ilícita, y cuyo consumo no es considerado problemático, son claramente excluidas del ámbito de la ley, pues no existe tal categoría. Debido a que esta categoría poblacional constituye una parte considerable de las personas perseguidas en la actualidad por el sistema judicial, la normativa internacional podría considerarse insuficiente y fuera de la realidad.

PERSONAS QUE USAN ESTUPEFACIENTES EN ARGENTINA. UNA MATRIZ “PROHIBICIONISTA-ABSTENCIONISTA”

R. Alejandro Corda, Araceli Galante, Diana Rossi

Introducción

Este trabajo mostrará que las respuestas estatales en Argentina vinculadas a las drogas de uso ilícito (o “estupefacientes”¹) se basan en una matriz conformada por distintos discursos hegemónicos que se sucedieron a lo largo del siglo XX. Sus consecuencias impactaron de diversas formas sobre sus usuarios, sobre quienes recayó su principal expresión: la respuesta penal. Incluso, también modeló otro tipo de respuestas (prevención, asistencia); y ante distintas iniciativas o reformas sus componentes parecen seguir operando.

1. La construcción de la matriz “prohibicionista-abstencionista”

A principios del siglo XX se desarrolló legislación administrativa que regulaba el expendio e importación de sustancias de uso ilícito y sancionaba con multa a las farmacias y droguerías que lo hicieran fuera de los canales lícitos. Una de esas normas (el decreto del 17 de mayo de 1919) es la primera norma específica sobre determinadas sustancias (“opio y sus preparaciones, cáñamo indiano, morfina..., cocaína”) y no solo limitaba su importación a la previa intervención de la autoridad sanitaria, sino que establecía un sistema de registro donde se debían volcar las existencias y expendios.

Información de la época permite apreciar que no solo se expendía en farmacias y droguerías, sino también en paralelo a otras actividades lícitas o por algunos que se dedicaban a venderlas ilícitamente (Bard, 1923). El consumo se encontraba acotado a cierta clase social acomodada y personajes de la noche. Pese a existir casos problemáticos, éstos no constituían un problema de envergadura. La visión de los usuarios en este período se puede identificar con los términos “vicioso-contagioso”, situado dentro del discurso de la defensa social.

A principios de la década del '20, un importante movimiento influenciado por distintas expresiones del discurso positivista que imperaba en esos tiempos (higienismo, medicina legal,

¹ Es el término utilizado por la ley argentina para definir las sustancias cuyas conductas relacionadas son alcanzadas por el derecho penal. Al igual que en los instrumentos de derecho internacional la ley se remite a un listado que contiene el Decreto 299/10. En este trabajo también se utilizaran los términos “sustancias psicoactivas” o “drogas” para referirse a los estupefacientes y/o otras sustancias cuyas conductas relacionadas no están alcanzadas, o lo están en una medida menor, por la ley penal (Ej: alcohol, tabaco, ciertos medicamentos, inhalantes, etc).

defensa social), logró que en 1924 se sancionara la primera ley penal vinculada a estas sustancias. La ley 11.309 incorporó al Código Penal los términos “narcóticos” y “alcaloides”, y estableció como delito la introducción clandestina al país, la venta sin receta médica de aquellos autorizados, y otros desvíos con pena de 6 meses a 2 años de prisión. Con menos pena (3 meses a 1 año de prisión) se reprimía la “venta o entrega o suministro... hecho por persona no autorizada para la venta de sustancias medicinales”. Dos años después, ante quejas sobre el limitado alcance de su redacción, se efectuó una nueva modificación (Ley 11.331) que incorporó la posibilidad de sancionar la posesión o tenencia ilegítima de esas sustancias con pena de 6 meses a 2 años de prisión, sin discriminar entre traficantes y consumidores. La interpretación de los jueces terminó de confirmar el último alcance, cuestión que no quedaba clara de los debates legislativos.

Pese a lo señalado, el fenómeno de aplicación de la ley parece haber tenido poca amplitud hasta la segunda mitad de la década del sesenta, apreciándose a partir de allí una mayor influencia de la legislación internacional sobre la local y nuevos dispositivos de atención para los usuarios.

La Convención Única de Estupefacientes de Naciones Unidas de 1961 fue aprobada por Argentina en 1963. La ley 17.567 de 1968 produjo una nueva modificación al Código Penal que aumentó las penas (ahora con prisión de 1 a 6 años) y multiplicó las conductas incriminadas siguiendo el modelo de la legislación internacional. Si bien castigaba la tenencia ilegítima excluía aquella para uso personal. También, la ley 17.818 de 1968 reguló las cuestiones administrativas vinculadas a los estupefacientes, en consonancia con la Convención Única. Y ese mismo año se reformó el Código Civil incorporando la posibilidad de internar compulsivamente a los “toxicómanos” y limitar su capacidad legal.

En cuanto a los dispositivos de atención a usuarios, en 1966 se creó el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) en la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), primera institución especializada en el tratamiento y rehabilitación de usuarios con usos problemáticos. En 1973 se creó el Centro Nacional de Reeduación Social (CENARESO), primera institución especializada, residencial y monovalente para el tratamiento del uso de estas sustancias. Asimismo, surgieron las primeras comunidades de vida, comunidades formadas por usuarios, frecuentemente ligadas a Iglesias Evangélicas). En 1972 se creó la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON) dentro del Ministerio de Desarrollo Social. Este habría sido el primer órgano estatal encargado de diseñar políticas respecto de estas sustancias.

Avanzada esta década se aprecia la aparición de una nueva línea discursiva: “la seguridad nacional”, montada sobre similares argumentos del discurso de la defensa social, pero ahora justificados como ataques a la nación. En el proyecto de elevación de la primera ley especial de estupefacientes se aprecia con claridad este discurso².

En 1974 se sancionó la Ley 20.771 que amplió las penas y las conductas incriminadas. Los delitos de tráfico pasaron a reprimirse con prisión de 3 a 12 años, y la tenencia de estupefacientes -aún la destinada a uso personal- pasó a reprimirse con 1 a 6 años de prisión. También se incluyó la posibilidad de imponer junto a la pena una “medida de seguridad curativa” (tratamiento compulsivo) a las personas dependientes; quedando el uso de estupefacientes comprendido como delito y enfermedad.

Un reflejo de este discurso quedó plasmado en el fallo (“Colavini”, 1978) de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) que afirmó la constitucionalidad de la punición de la tenencia para consumo personal. Allí se asoció a la “toxicomanía” con la “delincuencia común y subversiva” y como causa de “la destrucción de la familia, institución básica de nuestra civilización”. También se equiparó al usuario con el traficante y se llegó a concluir que “el tenedor de la droga prohibida constituye un elemento indispensable para el tráfico”.

En la década del ‘80, con el retorno de la democracia parece haber una tensión entre recuperar las garantías perdidas durante el gobierno de facto y la aparición de una nueva corriente discursiva: la seguridad ciudadana (urbana).³

En 1985 se creó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD), dentro del Ministerio de Salud y Acción Social, integrada por distintos ministerios y donde participaban fuerzas de seguridad, la academia y personas y organizaciones reconocidas. En 1986 la CSJN dictó el fallo “Bazterrica” declarando la inconstitucionalidad de la punición de la tenencia para consumo personal prevista en la ley 20.771. En 1982 se creó el centro de tratamiento “Viaje de vuelta” ligado a la Iglesia Católica; la cual, como más adelante se podrá apreciar, resulta un actor relevante en la definición de la cuestión.

² Allí se identifica al usuario (“toxicómano”) como una persona que al entregarse a su “vicio” “no sólo se destruye a sí mismo sino que... causa perjuicio a quienes lo rodean”. Además se lo equipara con el traficante al sostenerse que “todo drogadicto es potencialmente un traficante de estupefacientes; por ello es necesario que aparte de su individualización se implemente su internación forzosa para su cura”. Así, tanto las conductas de los traficantes como las de los usuarios, resultaban “atentatorias de la seguridad nacional”.

³ Zaffaroni afirma: “Desde 1985 se viene perfilando un embate bajo el signo de la *ideología de la seguridad ciudadana*, apoyado por campañas publicitarias emprendidas por comunicadores mercenarios y operadores políticos clientelistas... En lo legislativo la ideología de la seguridad urbana o ciudadana se tradujo en la ley 23.737 de 1989 en materia de estupefacientes” (Zaffaroni y otros, 2011: 186).

Es también durante esta década cuando irrumpe la pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que afectó particularmente a los usuarios de drogas inyectables (UDIs)⁴. Esta circunstancia reforzó los criterios de peligrosidad atribuidos a las personas que usaban drogas de uso ilícito, al sumarles la condición de posibles transmisores de una pandemia que fue asociada con la muerte.

Pero es hacia fines de esa década y principios de la siguiente que se termina de conformar la matriz que marcará -y aún lo hace- las siguientes dos décadas. En los últimos días de 1988 se firmó la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, que acentuó los aspectos penales del sistema internacional de fiscalización referido a esas sustancias, incluyendo -con reservas- la punición de la posesión para consumo personal.

A mediados de 1989 se creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). Esta secretaría de la Presidencia de la Nación, que ganó atribuciones con los años, será la principal defensora de dicha matriz. Ese mismo año se sancionó una nueva ley especial de estupefacientes (Nº 23.737) aún vigente. En ella se volvieron a ampliar las conductas y las penas para los delitos de tráfico; ahora con prisión de 4 a 15 años. Se discriminó una tenencia simple con prisión de 1 a 6 años. Y la tenencia para consumo personal se pasó a castigar con prisión de 1 mes a 2 años, con la posibilidad de desviar el proceso hacia una “medida de seguridad” curativa (en caso de ser “dependiente”) o educativa (en caso de ser “principiante o experimentador”). Así, se ratificó a los usuarios de drogas de uso ilícito en la doble condición de “delincuentes-enfermos”.

En 1990, un nuevo fallo de la CSJN (“Montalvo”) volvió a afirmar la constitucionalidad de la punición de la tenencia para consumo personal. En sus pasajes se pueden reconocer tanto elementos del discurso de la defensa social (usuario vicioso y contagioso ante el cual hay que “proteger a la comunidad”, y equiparado con el traficante) como del discurso de la seguridad nacional (el consumo de drogas de uso ilícito afecta “la misma supervivencia de la nación”).

Así, durante el siglo XX se fueron acumulando, superponiendo, reforzando en torno a la cuestión “drogas” los discursos de la defensa social, la seguridad nacional y ciudadana, mezclados con la definición internacional, hasta conformar, hacia fines de la década del ‘80 y principios de la década del ‘90, una matriz “prohibicionista-abstencionista” cuya principal expresión fue la respuesta penal y sus principales destinatarios los usuarios de drogas de uso

⁴ El primer caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) atribuido al uso inyectable de drogas se diagnosticó en la Argentina en 1985. Hasta 1996, la mitad de los diagnósticos de SIDA entre los varones mayores de 12 años fueron atribuidos al uso compartido de material para el uso de drogas inyectables, según los boletines publicados por el Ministerio de Salud de la Nación.

ilícito. Basándose en la idea de que todo uso que no tuviera “fines médicos o científicos” debía ser considerado ilícito, no sólo se hizo mayor esfuerzo en desarrollar respuestas destinadas al control de la producción y tráfico, sino que se incluyó en ellas al usuario de drogas. Así, quedaban definidos en la ubicua condición de “delincuentes-enfermos”, y se generaban representaciones (contagiosos, viciosos, peligrosos, incapaces de cuidar de sí o de otros) que condicionaban respuestas estatales coercitivas como la ley penal o la internación o tratamientos obligatorios.

Pero, como se verá, esa matriz, al mismo tiempo, trastocó o impidió el desarrollo de otras respuestas estatales no compulsivas respecto de los usuarios. Incluso, frente a distintas iniciativas de reforma la matriz no solo parece resistir sino reinventarse.

2. Condicionamientos y contradicciones en la aplicación de la matriz

La matriz antes descripta, delineó una determinada política en relación a las drogas de uso ilícito que impactó de diversas formas sobre sus usuarios. En este apartado se analizarán datos que reflejan el condicionamiento de esa matriz y también las interpelaciones que ellos generan a esa construcción del discurso hegemónico.

2.1. Datos sobre el consumo de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas

La falta de información fue una constante en el desarrollo de esta matriz. Mientras en 1989 se creó un organismo específico encargado de coordinar las políticas en el tema y se sancionó la Ley 23.737; hubo que esperar diez años para tener la primera información sobre consumo en población general. De sus resultados se podía concluir que las “drogas sociales” (tabaco y alcohol), o incluso ciertos medicamentos usados de forma “ilícita” eran más consumidos que la mayoría de las “drogas ilegales” (estupefacientes) y que 1 de cada 10 personas (alrededor de 60.000) las había consumido en su vida (SEDRONAR, s/f). Si bien luego se hicieron otras investigaciones –encuestas sobre consumo, principalmente, aunque no siempre comparables entre sí– recién en el año 2005 se creó el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), dentro de la SEDRONAR, y comenzaron a realizarse encuestas que pudieran compararse con sus anteriores investigaciones. Pese a este panorama, a partir de distintas fuentes de información se puede reconstruir lo que ha ocurrido con la aplicación de la ley penal y otras respuestas estatales.

En este punto merece recordarse que las conductas relacionadas con el alcohol y el tabaco se encuentran reguladas mediante legislación de carácter administrativo, principalmente, la cual tuvo desarrollo en años recientes. La Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo (N° 24.788) fue sancionada en 1997 y su reglamentación se terminó de concretar en el año 2009⁵. En 2011 se sancionó la Ley 26.687 sobre regulación del tabaco y en 2013 su decreto reglamentario⁶.

2.2. La aplicación de la ley penal. Los usuarios como principales destinatarios

La principal respuesta estatal desarrollada como consecuencia de la matriz señalada, ha sido la penal. A partir de la ley de estupefacientes y la actuación de las agencias penales, se ha ido incrementando desde la década del noventa este aspecto del fenómeno, y los usuarios han sido el principal grupo afectado.

A partir de la información sobre la actividad de las agencias penales, se advierte que desde principios de la década del noventa fue creciendo el fenómeno de persecución de los delitos relacionados con drogas de uso ilícito. Históricamente, esa actividad aparece concentrada en los grandes centros urbanos, en especial en la Ciudad de Buenos Aires y en la parte de la Provincia de Buenos Aires que la rodea (Gran Buenos Aires) (Corda, 2012).

Información de la ciudad de Buenos Aires de la década del noventa permite apreciar que allí la persecución de los usuarios que transitaban por espacios públicos de forma no conflictiva parece haber sido el denominador común. Un análisis efectuado por la Dirección de Política Criminal (DNPC) del Ministerio de Justicia de la Nación, sobre 292 causas del año 1996, concluyó que 70.1 por ciento de las imputaciones se consideraron tenencia de estupefacientes para consumo personal (art. 14, 2° párrafo de la Ley 23.737), el 23.9 por ciento se tipificó como tenencia simple de estupefacientes (art. 14, 1° párrafo de la Ley 23.737), y solo un 4.7 por ciento se entendió como delitos de tráfico de estupefacientes (con o sin agravantes).

⁵ Esta legislación prohíbe el expendio a menores de 18 años y el consumo en lugares públicos, sancionando su infracción con multa o clausura del local. También prohíbe los concursos de ingesta de alcohol pero con prisión de 6 meses a 2 años -además de la clausura del local-; con agravantes en caso de lesión o muerte. Asimismo, contiene disposiciones sobre publicidad, tránsito e impone al sistema de salud desarrollar acciones de prevención, asistencia y rehabilitación. También crea el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, que se implementó en el año 2010.

⁶ Allí se prohíbe -con algunas excepciones- la "publicidad, promoción y patrocinio de los productos elaborados con tabaco, en forma directa o indirecta, a través de cualquier medio de difusión o comunicación". También regula el empaquetado y composición de los productos, así como la venta -prohibida a menores de 18 años-, y aquellos lugares públicos donde se prohíbe fumar. Las infracciones a esta ley se sancionan con multa, decomiso y destrucción de los productos, o clausura del local.

De esa investigación se pudo construir el siguiente perfil de imputado: hombre, joven, argentino, soltero, sin antecedentes penales ni encarcelamientos, detenido en la vía pública, con menos de 5 gramos de cocaína o marihuana, que no estaba cometiendo otro delito, ni tenía armas (DNPC, s/f).

Pese a lo señalado, los usuarios, salvo algunos casos puntuales, no han terminado en prisión; aunque el contacto con las agencias del sistema penal ha repercutido –y aún lo hace– de distintas formas. Si bien la jurisprudencia ha cambiado luego de un nuevo fallo de la CSJN (“Arriola”, 2009) que volvió a considerar contrario a la constitución el artículo que reprime la tenencia para consumo personal siempre que “no traigan aparejado un peligro concreto o un daño a derechos o bienes de terceros”; aún quedan zonas grises y las prácticas de las agencias policiales no parecen haber cambiado demasiado, ya que el texto de la ley aún se encuentra vigente (Corda, 2010).

Pero, más allá del resultado que puedan tener las causas iniciadas contra los usuarios, el contacto con las agencias del sistema penal, ya sea durante el tiempo breve de detención en sede policial o por el hecho de tener un proceso penal abierto, puede impactar sobre ellos de múltiples formas. En otro estudio se ha reflejado cómo los usuarios suelen ser objeto de abusos por parte de las fuerzas de seguridad o sufren distintas consecuencias durante el más o menos breve tiempo de su detención. Por otra parte, el hecho de tener un proceso penal abierto, más allá de cómo termine, implica un estigma que suele entorpecer o impedir el ejercicio de otros derechos, como el obtener un trabajo o documentación (Corda, 2012).

En este sentido la situación de los usuarios que cultivan cannabis para su propio consumo merece una especial atención. La opinión de los jueces se encuentra dividida, mientras algunos la tratan de la misma forma que la tenencia para consumo personal y cierran las causas, en otros casos se sigue adelante con el proceso, y en ocasiones se suele interpretar la conducta como un delito de tráfico. Así, hubo personas que pasaron en prisión algún período de tiempo (días o meses), con el riesgo de una condena de cuatro años de prisión en adelante (Corda, 2012).

2.3. El modelo “abstencionista”. El caso del uso inyectable de estupefacientes y el VIH en los ’90

La matriz “prohibicionista-abstencionista” dominante condicionó también la tardía respuesta estatal para disminuir la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre personas que usaban drogas inyectables, quienes tuvieron que crear maneras auto-gestionadas

para reducir el impacto de la morbilidad y la mortalidad que sufrió esta población entre los '80 y los '90.

Las campañas de prevención estuvieron marcadas por la matriz “prohibicionista-abstencionista”, donde los mensajes se daban en clave de “abstención”. Campañas como “Sol sin drogas” o “Drogas ¿para qué?” proponían no empezar o dejar de consumir drogas de uso ilícito, y ninguna opción brindaban a aquellas personas que no quisieran o no pudieran dejar de consumir. Entre estas últimas se destacan los usuarios de drogas inyectables que proliferaron durante la década del noventa con el descenso de los precios de la cocaína, sobre todo en sectores pobres de la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores (Touzé *et al.*, 1999). Este grupo a su vez no solo se encontraba afectado por la definición de los usuarios de drogas de uso ilícito como “delincuentes”, sino –además– por la asociación prejuiciosa con la muerte con la que se difundió la expansión del VIH-SIDA.

A pesar de esta situación, la SEDRONAR no generó estudios específicos sobre vías de consumo que permitieran informar tanto la política pública respecto de estas sustancias como la referida a la prevención de infecciones de transmisión sexual y sanguínea. Recién a fines de los noventa, el Ministerio de Salud fue el organismo que estimó el número de personas que usaban drogas inyectables (49.993 hombres y 14.565 mujeres usuario/as de cocaína inyectable en todo el país) y también el número de ellos que vivían con VIH-SIDA (entre 12.137 y 34.538 personas) (Procupet, 2001). El análisis comparativo de veintidós estudios de seroprevalencia del VIH en UDIs realizados en Argentina entre 1987 y 1999, en diferentes poblaciones y con metodologías distintas, mostró que más de 95 por ciento de los UDIs que participaron de esos estudios se inyectaba cocaína y que había una tasa de infección de VIH en esta población que osciló entre 27 por ciento y 80 por ciento (Sosa Estani *et al.*, 2003).

Pese a esta realidad se negaba la posibilidad de desarrollar intervenciones distintas, como aquellas basadas en el enfoque de reducción de daños. El entonces titular de la SEDRONAR sostenía al respecto: “Hay países donde se entregan a los adictos jeringas descartables *‘para prevenir el contagio’*. Se han alzado voces en la Argentina reclamando de las autoridades idéntica actitud. Y esas mismas voces han protestado frente a nuestra negativa. Nosotros nos oponemos porque estamos convencidos de que entregarles jeringas a los jóvenes enfermos equivale lisa y llanamente a decirles: *‘mátense ustedes si quieren. No nos importa, mientras no maten a los demás’*” (citado en Touzé, 2006: 72).

Esa falta de respuestas tuvo consecuencias fatales para muchos UDIs, sus familiares y amigos en la Argentina de los noventa. Así, la propia política respecto de las drogas de uso

ilícito quedó atrapada por uno de sus postulados y contradujo su declarado objetivo de proteger la “salud de la humanidad”.

2.4. La atención por uso de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas

Por otra parte, en materia de asistencia, dicha matriz produjo que las respuestas respecto de los usuarios de estupefacientes se desarrollen en sintonía con la aplicación de las “medidas de seguridad” de la ley penal, circunstancia que impactó en su relación con los equipos de salud.

Si bien la Ley 23.737 fue sancionada en 1989, recién en los años 1995 y 1996 se sancionaron las Leyes 24.455 y 24.754 que obligaron tanto a las obras sociales (organizaciones de salud de los trabajadores) como a las empresas de medicina prepaga, las cuales complementan los servicios de salud estatales, a cubrir los tratamientos por VIH-SIDA y “la cobertura para tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes”, así como de la “cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción”.

Pero en el artículo 2º de la Ley 24.455 se hacía especial referencia a las medidas de seguridad en los siguientes términos: “Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la Ley 23.737 deberán ser cubiertos por la obra social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el Juez de la causa deberá dirigirse a la obra social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento”. De este modo, se consolidaba la competencia de un actor externo al sistema de salud –la justicia penal- en la admisión, tratamiento y alta de los usuarios, aún en los subsectores privado y de obras sociales.

Además desde la SEDRONAR se dictaron distintas normas, ya sea creando programas o estableciendo las condiciones mínimas de los establecimientos asistenciales, que estaban alineadas con la necesidad de cumplir con dichas medidas de seguridad. En alguna de esas normas se puede apreciar como basamento la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA) en la que se señalaba que “la demanda sigue siendo una poderosa fuerza que impulsa la producción y el tráfico de drogas”.

Así, la asociación entre uso de estupefacientes y delito parece haber formado parte de la construcción de representaciones sociales sobre el uso y los usuarios de estupefacientes de los especialistas que trabajaban en dispositivos de atención del problema. En un estudio desarrollado por Intercambios entre 2005 y 2008, muchos profesionales explicaron que la

dependencia llevaba a los usuarios a obtener las sustancias de cualquier modo, aún prostituyéndose o delinuyendo, y hacían referencia a la “carrera adictiva”, como un padecimiento creciente que podía culminar con la muerte. Estas representaciones sociales sobre el uso y los usuarios de drogas de uso ilícito contribuyeron a legitimar un sistema de atención centrado en la internación de los usuarios, que podía efectuarse en forma compulsiva. Asimismo, la representación social de los usuarios como personas incapaces limitó las posibilidades del desarrollo de programas asistenciales y preventivos que incluyeran a los usuarios como sujetos de derechos (Galante *et al.*, 2006; Pawlowicz *et al.*, 2006).

3. Cambios, propuestas y resistencia de la matriz

La matriz señalada no sólo ha delineado las respuestas estatales vinculadas a los estupefacientes, también ha operado ante distintas reformas o intentos que se han producido en los últimos años. A veces dificultándola, otras impidiéndolas, o incluso proponiendo alternativas que se presentan como novedosas pero que resultan más de lo mismo bajo otra vestimenta.

A mediados del año 2012 existían ocho proyectos de distintas fuerzas políticas que proponían modificaciones a la Ley de Estupefacientes, haciendo retroceder a la ley penal respecto de los usuarios y eliminando las medidas de seguridad. Algunos -incluso- morigeraban esa respuesta para los actores menores del tráfico.

Frente a esta posibilidad se podían escuchar distintas voces. Un ex-titular de la SEDRONAR (Diario de Cuyo, 2012), o diferentes actores de la iglesia católica (Diario Tiempo Argentino, 2012; Conferencia Episcopal Argentina, 2012), pese a sostener que los usuarios no debían ser criminalizados, terminaban sosteniendo la necesidad de la ley penal como medio para remitir a tratamiento a los usuarios.

Incluso se empieza a pensar como alternativa, apoyado por la CICAD-OEA, los modelos conocidos como “Cortes de Drogas” o “Tribunales de Tratamiento de Drogas”, que se presentan como una opción novedosa, pero que alimentan la misma concepción de derivar a tratamiento a los usuarios a través de la ley penal, encuadre que ha demostrado sus limitaciones y perjuicios.

Conclusión

Las políticas en torno a las drogas de uso ilícito en Argentina han resultado el producto de una matriz “prohibicionista-abstencionista”, que colocó a los usuarios de esas sustancias en la paradójica condición de “delincuentes-enfermos”. Esa matriz se conformó a lo largo del siglo XX a partir de la superposición de distintos discursos hegemónicos (higienismo, defensa social, seguridad nacional, seguridad ciudadana) que habrían terminado de consolidar las respuestas estatales hacia los usuarios de drogas de uso ilícito a principios de la década del '90.

Así, se puede apreciar que la principal respuesta estatal desplegada fue la penal, la cual tuvo como resultado la criminalización de esta población con múltiples consecuencias tanto vinculadas a los procesos penales abiertos, como a las dificultades que ello generó en términos de inclusión social. A la vez, dicha matriz también orientó otro tipo de respuestas estatales que impactaron en los usuarios. Así, la prevención sólo fue diseñada en términos de “abstención” omitiendo pensar en las consecuencias problemáticas que pudieran tener ciertos consumos, lo cual tuvo fatales secuelas entre los UDIs en la década del '90. Por otra parte, la asistencia quedó vinculada a la respuesta penal, reforzando la lógica custodial en la atención de los usuarios.

A partir de las consecuencias que han producido las respuestas estatales resultado de la matriz señalada, entendemos que merece repensarse el problema. Para ello resulta necesario elaborar políticas públicas basadas en principios distintos a los que se sostuvieron en dicha matriz. En este sentido creemos que los usuarios de estupefacientes deben dejar de ser considerados “delincuentes-enfermos” para convertirse definitivamente en sujetos de derechos. En la última década, grupos de usuarios, movimientos políticos, organizaciones no gubernamentales y aún sectores que integran los tres poderes del estado (especialmente ligados al campo de la salud, la educación y la justicia), entre otros, han logrado instalar la discusión sobre los derechos de los usuarios. El debate se centró en la despenalización del autocultivo y de la tenencia de drogas para consumo personal, pero aún parece no haberse logrado el consenso social necesario para su concreción. Por el contrario, iniciativas como las “cortes de drogas”, parecen afirmar la matriz “prohibicionista-abstencionista”.

Resulta necesario reafirmar la importancia de reconocer que el uso de drogas puede tener distintos grados de problematicidad. Esos distintos grados, sumados a otras particularidades que puedan presentar los consumos (sustancias, contextos, etc) merecen el desarrollo de variados tipos de respuestas en términos de prevención, asistencia e integración

en función de ellas. Pero sean cuales fueren esas respuestas, en ningún caso deben estar vinculadas a la posibilidad de una sanción penal.

En este último sentido habremos de sostener una vez más que la utilización de la ley penal respecto de los usuarios de drogas solo agrega problemas (la existencia de un proceso penal con sus consecuencias) a los que ya pudieran -o no- existir. Así creemos que los proyectos que se encuentran en el congreso nacional deben avanzar en miras a retirar a los usuarios de drogas de uso ilícito (incluidos los que cultivan cannabis para su propio consumo) del alcance de la ley penal.

En cuanto a la atención sanitaria de los usuarios se requiere el pasaje de un modelo basado en la incapacidad y peligrosidad de los usuarios de drogas a otro basado en la ampliación de oportunidades y de apoyos para que ellos -hayan o no tomado la decisión de dejar las drogas- tengan mayores posibilidades de cuidar de su salud. Para ello, es clave garantizar la atención de grupos especialmente vulnerables e incluir a los usuarios en el diseño y en la implementación de las acciones preventivas y asistenciales.

Todo ello debe estar basado en fundamentos científicos y ajustarse a principios éticos, y debe contar con la participación de la sociedad civil, la academia y los usuarios de las sustancias como sujetos de derechos.

Bibliografía

Bard, L. (1923). *Los Peligros de la Toxicomanía. Proyecto de ley para la represión del abuso de los alcaloides*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Argentinos.

Conferencia Episcopal Argentina (2012). *Despenalización ¿Sí o No?*.

Corda, R. (2010). "A un año del fallo 'Arriola'. Cambios, tensiones y resistencias", en *XI Congreso Nacional de Sociología Jurídica y I Latinoamericano de Sociología Jurídica*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Sociología Jurídica - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA).

Corda, R. (2012). *Sistemas desproporcionados. Desproporción y Costos Económicos, institucionales y humanos de la política sobre estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios – UBA.

Diario de Cuyo (2012). "Opinión. Debate sobre drogas", 22 de junio.

DNPC. (s/f) *Hacia un plan nacional de política criminal II*.

- Galante, A., Pawlowicz, M.; Rossi, D., Faraone, S., Goltzman P., Zunino Singh, D., Touzé, G.; Silberberg, M., Cymerman P (2006): “La cuestión de las drogas: Paradigmas, políticas estatales y dispositivos de intervención”. CD- ROM del *I Congreso Nacional y II Regional de Psicología. “Salud mental: El estado de la cuestión de una cuestión de Estado”*. Rosario: Facultad de Psicología de la UNR.
- Pawlowicz M., Rossi, D, Galante, A., Faraone, S., Goltzman P., Zunino Singh, D., Touzé, G., Silberberg M., Cymerman, P (2006): “Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario”. En *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación en Psicología: “Paradigmas, métodos y técnicas”*. Tomo II. Pág. 75-77. Buenos Aires: Facultad de Psicología de la UBA.
- Procupet, A. (2001). “Situación epidemiológica de los usuarios de drogas inyectables enfermos de sida en Argentina”. En *Ensayos y Experiencias*, Año 7 N° 39, VIH/SIDA y Drogas: Reducción de Daños, Intervenciones comunitarias, Alternativas desde la educación. Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD) - Novedades Educativas.
- SEDRONAR-OAD (s.f.). *Resumen de la Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de sustancias psicoactivas en Argentina - 1999*.
- Sosa Estani, S.; Rossi, D. y Weissenbacher M. (2003) “Epidemiology of HIV/AIDS in Injecting Drug Users in Argentina. Prevalence of Infection”. En *Clinical Infectious Diseases*, 37 (Supl. 5), ps. 338-342.
- Tiempo Argentino*, diario (2012). “A propósito de la despenalización”, 27 de mayo.
- Touzé, G.; D. Rossi, P. Cymerman, N. Ereñú, S. Faraone, P. Goltzman, E. Rojas y S. Vázquez (1999). “Prevención del VIH-sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención”. Buenos Aires: Intercambios.
- Touzé, G. (Org.) (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios - Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Zaffaroni, E.; Slokar, A y Alagia, A. (2011). *Manual de Derecho Penal: Parte General*. Buenos Aires: Ediar.

CONSUMO Y CONSUMIDORES DE DROGAS EN BOLIVIA

Gloria Rose Marie de Achá

1. Introducción

El presente estudio tiene el objetivo de visibilizar la realidad de los usuarios de drogas de uso ilícito en Bolivia y las respuestas institucionales que ellos encuentran. Hasta el momento, ambas temáticas han estado contaminadas por las acciones de interdicción y represión penal, además de haber recibido poca atención en el marco de implementación de las políticas antidrogas.

En enero de 2006, el gobierno de Evo Morales, anunció la modificación de la política sobre drogas bajo el *slogan* “Coca sí, Cocaína no”, poniendo en marcha un proceso denominado “nacionalización de la política contra el narcotráfico”, implementado por el Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Droga (CONALTID)¹. En ese marco, las temáticas referidas a la prevención, tratamiento y rehabilitación del uso de drogas fueron incluidas en la Estrategia de Lucha Contra el Narcotráfico y Revalorización de la Hoja de Coca 2007-2010, y en la nueva “Estrategia de Política Contra el Narcotráfico y Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca 2011 - 2015”. A nivel general, el CONALTID reconoce que hay un aumento del consumo de drogas en el país, aunque el mismo no llega a niveles de alarma.

2. Consumo y consumidores

Si bien el CONALTID tiene a su cargo la responsabilidad en las políticas sobre drogas, hay escasa información sistematizada sobre consumo e instrumentos de monitoreo, como el Observatorio Boliviano de Drogas, aún no se encuentran en funcionamiento.

A continuación, se muestran las principales fuentes de información sobre consumo con las que se cuenta:

¹ El Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Droga (CONALTID) es el máximo órgano para la definición y ejecución de las políticas de lucha contra el tráfico de drogas y sustancias controladas del gobierno de Bolivia, y está integrado por varios Ministerios. Su función es coordinar las áreas de reducción de la demanda, reducción de la oferta, desarrollo alternativo, integral y sostenible, medidas de control, observatorio de drogas, cooperación internacional y evaluación de programas.

2.1. Datos nacionales sobre consumo

Estudio sobre Consumo de Drogas en Bolivia 1992-2010 (CELIN)

El estudio comparativo realizado por el Centro Latinoamericano de Investigación Científica (CELIN), en una población de 12 a 65 años, muestra las tasas de prevalencia (frecuencia con que ocurre un evento en el total de población) de consumo de drogas. Del estudio se desprende que el consumo de alcohol y tabaco tiene una gran relevancia en cuanto a drogas de uso lícito, y el cannabis entre las drogas de uso ilícito. Para ilustrar estas diferencias se muestra la tabla de prevalencia de consumo al año:

Tabla 1. Prevalencia del último año de consumo de drogas (números absolutos)

Sustancias de uso ilícito	2000	2005	2010
Cannabis	73.045	104.149	151.167
Pasta Base de Cocaína	37.009	60.726	80.704
Clorhidrato de cocaína	37.740	52.238	90.127
Alucinógenos	17.531	3.918	8.193
Inhalantes	87.897	29.710	43.425
Sustancias de uso lícito	2000	2005	2010
Alcohol	2.110.021	1.989.924	2.490.776
Tabaco	1.141.447	1.201.790	1.468.656

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Estudio del CELIN: Consumo de Drogas en Bolivia 1992-2010 (Estudio urbano – Población de 12 a 65 años)

Estudio del CONALTID sobre Prevalencia del Consumo de Drogas en Hogares - 2007

En 2007 se llevó a cabo un estudio encargado por el CONALTID sobre prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia. De los resultados del estudio puede advertirse que uno de los principales problemas de la población boliviana es el alto consumo de las drogas de uso lícito: El alcohol es la droga lícita de mayor consumo en el país. El tabaco es la segunda droga con mayor prevalencia de consumo entre la población. En cuanto a drogas de uso ilícito, los porcentajes son bastante menores si se compara con el consumo de alcohol y tabaco.

Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Bolivia - 2012

Entre los resultados de este estudio, coordinado por la Comunidad Andina y conducido por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), se señala un aumento del consumo de cannabis entre la población universitaria boliviana, del 2% que era el porcentaje obtenido en un estudio similar que fue realizado el año 2009, al porcentaje de 3,4% en 2012.

Diagnóstico del Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas – 2013

A fines de septiembre de 2013, el Viceministro de Defensa Social y Sustancias Controladas, Felipe Cáceres, presentó el “Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia 2013-2017”², que contiene un diagnóstico del consumo de drogas lícitas e ilícitas en el país. Los resultados de este diagnóstico indican que el alcohol y el tabaco tienen la mayor tasa de prevalencia en porcentajes de población. Respecto al consumo de drogas de uso ilícito, el diagnóstico se basa en los estudios que anteriormente realizara el CONALTID, mostrando los siguientes datos por ciudad:

Tabla 2. Prevalencia anual de consumo de drogas de uso ilícito
(datos en porcentajes de población)

Ciudades	Cannabis	Inhalantes	Pasta base	Cocaína	Éxtasis
La Paz	15,2%	0,7%	0,1%	0,2%	0,4%
Cochabamba	5,9%	1,3%	0,1%	0,1%	0,0 %
Santa Cruz	1,8%	0,6%	0,0%	1,5%	0,0%
Oruro	0,8%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%
Chuquisaca	1,7%	0,3%	0,5%	0,1%	0,0%
Potosí	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cobija	1,1%	0,8%	0,3%	0,0%	0,0%
Tarija	1,9%	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%
Trinidad	0,5%	0,5%	0,0%	0,2%	0,0%
El Alto	0,5%	2,1%	0,0%	0,1%	0,0%

Fuente: Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas – Secretaría del CONALTID (2013)
“Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia 2013-2017”

El diagnóstico, sin embargo, no adelanta mayores apreciaciones o interpretaciones sobre estos datos.

² Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas – Secretaría del CONALTID (2013)

2.2. El enfoque sobre los consumidores de drogas

Con relación a los consumidores de drogas, se aplican las disposiciones de la Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas (Ley 1008) vigente desde 1988.

La Ley 1008 define al consumo y a los consumidores de la siguiente manera: El artículo 33 indica que se entiende por consumo “el uso ocasional, periódico, habitual o permanente de sustancias controladas”. Esta disposición no hace distinción entre consumo problemático y no problemático, ni entre consumo habitual y ocasional; al contrario, considera que aquel consumidor de drogas de uso ilícito, así sea un consumidor ocasional, es alguien que genera un riesgo o un peligro para la sociedad. Por tanto, el artículo 49 de la Ley establece la internación obligatoria tanto del dependiente como del consumidor no habitual.

En ese contexto podemos entender la estigmatización y la persecución penal del consumidor en el país, aunque ni el acto de consumo ni la posesión de sustancias para consumo personal sean delitos bajo la Ley 1008. A partir de la figura de la posesión de cantidades mínimas supuestas para consumo se abre la puerta del sistema penal a los consumidores. No se castiga el consumo, pero la disposición del artículo 49 es una punición encubierta de la posesión para consumo personal.

En este contexto de criminalización, temas como los derechos de los consumidores de drogas o la reducción de daños no son tomados en cuenta en el debate nacional, por tanto, no existen espacios desde donde se promueva una visión diferente al enfoque prohibicionista y represivo de la Ley 1008.

3. El marco normativo

En el marco normativo actual referido al consumo de sustancias de uso ilícito, son relevantes las siguientes normas:

Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas (Ley No. 1008) del 19 de julio de 1988

Además de los citados artículos 33 y 49, que definen al consumo y a los consumidores de drogas de uso ilícito, la Ley 1008 contiene disposiciones referentes a las etapas denominadas de “tratamiento, rehabilitación y reinserción social”.

Decreto Supremo N° 28631 de 8 de marzo de 2006 y Decreto Supremo N° 29894 “Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional” de 7 de febrero de 2009

Ambos establecen atribuciones de los Ministerios de Estado con relación a la temática del consumo de drogas. Se asigna al Ministerio de Salud y Deportes la función de formular políticas estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas farmacodependientes.

Decreto Supremo N° 0649 del 29 de septiembre de 2010

Esta norma readecúa la estructura del Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Droga (CONALTID).

4. Las respuestas institucionales

4.1. Repaso histórico

En Bolivia, al igual que en otros países de la región, las respuestas institucionales al consumo de drogas de uso ilícito en cuanto a prevención, tratamiento y rehabilitación se implementaron en condición de dependencia del sistema penal antidrogas, vale decir de policías y Ministerios de Interior o del Gobierno.

La primera ley formal sobre drogas en Bolivia fue la Ley de Estupefacientes, promulgada el 10 de enero de 1962. A partir de 1973, entró en funcionamiento la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas (DNCSP), dependiente del Ministerio del Interior, Migración y Justicia, para dar respuesta al incremento de la producción y el tráfico de drogas, y también se encargaba en forma secundaria de la prevención, tratamiento y rehabilitación. Dependiente de la DNCSP, en 1975 se creó el Instituto Nacional de Investigación en Famacodependencia (INIF), dirigido al tratamiento y la rehabilitación.

Específicamente en cuanto a prevención del consumo, de acuerdo con el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, “entre los años 1979 y 1980, las acciones preventivas se concentraron en la iniciativa estatal, a la cabeza del Departamento de Prevención perteneciente a la Dirección de Control de Sustancias Peligrosas de la Policía Nacional, dependiente del Ministerio de Gobierno”. (Viceministerio de Defensa Social y

Sustancias Controladas, 2013). Posteriormente, tomó cargo de estas acciones la Dirección Nacional de Prevención Integral de Drogodependencias y Salud Mental (PREID), y “entre los años 1982 y 1984, se iniciaron acciones de prevención con fondos de la Embajada de los Estados Unidos de América, con fines de movilización social y campañas de difusión. (Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, 2013).

El año 1986, se conformó la Dirección Nacional de Prevención Integral del Uso Indebido de Drogas, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social (DINAPRE), y en cada Departamento del país se crearon los Consejos de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencia (COPRE). El año 1995, el COPRE implementado en el Departamento de Tarija se convirtió en el Instituto Nacional de Drogodependencias y Salud Mental (INTRAID), que ahora es uno de los pocos centros especializados en tratamiento y rehabilitación del país.

4.2. Políticas y programas del Estado

Los principales avances del Estado boliviano con relación a la temática del consumo de drogas parecen encontrarse en el área de la prevención, a través de movilizaciones nacionales y departamentales, campañas y programas de capacitación y difusión dirigidos a diferentes sectores de la población, a cargo de entes dependientes del Poder Ejecutivo (entre ellos la Fuerza Especial de Lucha contra el Narcotráfico) y los municipios.

La Estrategia de Lucha Contra el Narcotráfico y Revalorización de la Hoja de Coca 2007-2010, tenía entre sus objetivos fortalecer las políticas públicas en prevención del consumo de drogas y el tratamiento de farmacodependientes. No se conoce sobre alguna evaluación que pueda indicar los índices de cumplimiento de este objetivo. Sin embargo, la nueva estrategia gubernamental denominada Estrategia de Política Contra el Narcotráfico y Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca 2011 – 2015 reportó que se lograron varios avances en cuanto a fortalecimiento de los municipios para llevar a cabo acciones de prevención del consumo. La instancia responsable para la promoción de estas acciones fue el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, dependiente del Ministerio de Gobierno, que se desempeña como un brazo operativo del CONALTID.

Del Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas también depende la Fuerza Especial de Lucha contra el Narcotráfico (FELCN), organismo policial encargado de la interdicción al narcotráfico, que tiene además entre sus funciones la realización de actividades

nacionales de prevención del consumo de drogas, impartiendo talleres y organizando movilizaciones contra el consumo y tráfico de drogas.³

La mínima participación del Ministerio de Salud en acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación también es observada por el Informe de Evaluación del Progreso de Bolivia en el Control de Drogas, para el periodo de 2007 a 2009, elaborado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA). El Informe señala que si bien el Ministerio de Salud y Deportes es la entidad responsable de diseñar y ejecutar políticas públicas sobre el tratamiento de los problemas derivados del abuso de drogas, dicho Ministerio, en el periodo de evaluación, no contó con un presupuesto destinado al financiamiento de programas de tratamiento (OEA-CICAD, 2009).

4.3. Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2013-2017⁴

En septiembre de 2013, el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas presentó el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia 2013 – 2017, cuya implementación requerirá una inversión de 49.9 millones de dólares⁵. Su elaboración habría abierto un espacio de coordinación interministerial, en el cual participó también el Ministerio de Salud y Deportes, aunque se mantiene el liderazgo que tiene en esta temática el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas.

4.4. Observatorio Boliviano de Drogas

En 2004, mediante resolución multi-ministerial se creó el Observatorio Boliviano de Drogas con el fin de generar procesos de investigación y generación de información especializada en el tema drogas, en el marco de la estrategia nacional 2004-2008, y llegó a funcionar cuatro años, hasta 2008. Desde ese año está pendiente su reactivación, la cual hasta ahora no se ha dado, pese a que el Observatorio es una herramienta esencial para la elaboración de políticas de reducción del consumo de drogas.

³<http://lapatriaenlinea.com/?t=diez-mil-estudiantes-fueron-capacitados-en-la-prevencion-de-consumo-de-drogas¬a=4628>

⁴ Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas – Secretaría Técnica del CONALTID (2013)

⁵ <http://www3.abi.bo/nucleo/noticias.php?i=2&j=20130925132455>

http://www.unodc.org/bolivia/es/stories/presentacion_plan_reduccion_demanda_de_drogas.html

4.5. Instituciones privadas

Las tareas de tratamiento y rehabilitación implementadas en el país, principalmente, responden a iniciativas privadas. “Desde mediados de los años 80 ya funcionaron algunos centros con teo-terapia o como albergue”, de acuerdo con la Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas (ABCT)⁶.

El Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas señala que el año 1998 el entonces Viceministerio de Prevención y Rehabilitación realizó, por primera vez, un relevamiento de las organizaciones que aplicaban programas denominados “de tratamiento y reintegración social”, encontrando que el 62% de esos centros consistía en organizaciones evangélicas, el 14% consistía en centros médicos profesionales, el 10% centros multidisciplinarios, el 7% centros no profesionales y el 7% centros católicos (Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, 2013).

De acuerdo con el Plan Nacional, los centros “con frecuencia utilizan metodologías poco apropiadas y no siempre acordes a la problemática del usuario, lo que derivaba en un bajo porcentaje de éxito al año del egreso: 14%” (Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, 2013).

5. La criminalización de los consumidores

“Al no existir ninguna campaña organizada contra los consumidores (de tipo policial) que rastre los lugares de consumo, los drogadictos apresados por Radio-Patrulla son los que son sorprendidos en plena vía pública o denunciados a causa de sus desmanes; los demás quedan protegidos por la tolerancia cultural, el encubrimiento familiar o sencillamente abandonados”. Este era el reclamo contenido en el Informe sobre Uso Indebido de Drogas y Medidas de Prevención y Educación en Bolivia, emitido en 1978, encargado a la DNCSP con el apoyo de la UNESCO (DNCSP/UNESCO, 1978).

Desde 1976, a partir de una norma administrativa, los consumidores de drogas eran obligados a pagar una multa al Ministerio del Interior, mientras se consolidaba el proceso de su etiquetamiento como “sujetos desviados” y su selección como objetivos de la represión penal.

⁶ <http://abct-bolivia.org/historia.html>

5.1. Antecedentes en la “Ley de Vagos y Malentretados”

En octubre de 1986, Roberto Pérez Franco, que había sido enviado a la Granja de Rehabilitación de Espejos a causa de su drogadicción, iba en una cuadrilla a realizar trabajos forzados. Se encontraba muy débil y se desplomó en el trayecto, el policía que lo vigilaba le golpeó con un palo en las costillas. El consiguió llegar al lugar del trabajo, pero allí volvió a desplomarse, ante lo cual el mismo policía le golpeó dos veces en la nuca. Roberto sufrió violentas convulsiones y murió (Amnistía Internacional, 1990).

En julio de 1988, Edwin Parada Vaca, un estudiante que era adicto a las drogas y fuera internado en la Granja de Espejos a petición de su familia, fue asesinado después de haber intentado darse a la fuga. "Nos llevaron a todos al río a lavar nuestra ropa,... le tocó con el grupo que llevaba el cabo Solíz. Entonces lo hizo cruzar a la banda del río y le dijo que se pusiera al trípode, encima de una piedra y disparó un tiro al suelo, lo cual lo asustó y dijo "No, mi cabo, no me haga esto". Le ordenó que se volviera a poner al trípode, tirando un segundo disparo que le acertó en la pierna, luego un tercero que le dio en las costillas... Otro policía que estaba allí, le quitó el revólver al cabo Solíz y para no verlo sufrir le disparó a Edwin un tiro en la nuca, falleciendo en forma inmediata” (Amnistía Internacional, 1990).

El año 1951, el Decreto Ley N° 2740 dio a la Policía Boliviana la atribución de calificar a los “vagos y malentretados” a través de juzgados policiales, disposición que fue formalizada por la Ley Orgánica de la Policía Nacional de 8 de abril de 1985. En cumplimiento de esas disposiciones, la Policía realizaba operativos permanentes en los que solía arrestar a consumidores de drogas, para proceder a su calificación como vagos y malentretados, y remitirlos a las Granjas de Rehabilitación bajo su mando.

El cierre de estas Granjas se produjo gracias a las investigaciones de los organismos internacionales, que lograron probar las denuncias por asesinatos, torturas, trabajos forzados, y otras situaciones violentas que por discrecionalidad policial se aplicaban contra los internos. “El caso que más me impactó fue en Bolivia, en Santa Cruz de la Sierra, y que tiene que ver con la Granja de Espejos, en 1989[...] Funcionaba como campo de concentración a cargo del coronel Camacho y 30 guardias, con 120 a 130 chicos detenidos en condiciones de esclavitud. Ahí descubrimos muertes y entierros, y que aplicaban ley de fuga [...] relevamos 53 tumbas,

⁷ Amnistía Internacional: Informe - Bolivia: tortura y ejecuciones extrajudiciales de detenidos en la Granja de Espejos, 1990. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR18/002/1990/es/cb66f105-ee6d-11dd-96f1-9fdd7e6f4873/amr180021990es.html>

⁸ Amnistía Internacional Ibid

exhumamos 5, y se determinó que todos habían muerto por causas violentas. Hubo una intervención inmediata y condenaron a Camacho a 17 años de prisión. La granja se cerró y la ley se abolió”.⁹

5.2. La aplicación de la Ley 1008

Juan Sergio tiene 23 años, es consumidor habitual de pasta base de cocaína, y lleva detenido diez meses en la cárcel de San Sebastián, en Cochabamba, acusado del delito de tráfico de drogas, y sujeto a recibir una condena de entre 10 a 25 años de privación de libertad. Fue detenido en la calle, en un operativo policial, cuando acababa de comprar un gramo de pasta base para su consumo personal. Llevado a la FELCN junto con los demás detenidos en el operativo, al igual que ellos fue imputado por el delito de tráfico de drogas y remitido a la cárcel en detención preventiva. Después de varias semanas de detención, representantes de organizaciones que trabajan con jóvenes consumidores conversaron con la fiscal a cargo del caso sobre la posibilidad de considerar a Juan Sergio como consumidor de drogas, y así evitar su condena por tráfico. Juan Sergio tuvo que esperar varias semanas más para que le realizaran los exámenes toxicológicos, porque el trámite de la causa judicial era lento y porque él no tenía dinero para pagar los exámenes. Finalmente, llegaron de La Paz los resultados de los exámenes toxicológicos, que efectivamente lo califican como consumidor habitual de drogas, por lo que ahora se halla en espera de que los trámites judiciales se agilicen y pueda ser excluido del proceso por tráfico de drogas, y puesto en libertad.

El caso de Juan Sergio es un ejemplo de la criminalización de los consumidores de drogas, por causa del artículo 49 de la Ley 1008 que señala que la cantidad mínima para consumo personal inmediato será determinada previo dictamen de dos especialistas de un instituto de farmacodependencia público, y si la tenencia fuese mayor a la cantidad mínima caerá en la tipificación del artículo 48 de la Ley, que corresponde al delito de tráfico de drogas, que tiene una sanción de presidio de diez a veinticinco años.

Un consumidor habitual de drogas, para evitar ser procesado por tráfico, debe probar que la cantidad que portaba era para su consumo personal. En Cochabamba, los casos derivados de la FELCN al Centro de Toxicología del Hospital Viedma para estos exámenes son un promedio de tres por semana, 50% resultan positivos sobre consumo, y se han dado casos de detenidos por portar solamente medio cigarrillo de cannabis. Además de los exámenes de sangre y orina, existe una posibilidad de realización de exámenes de cabello, sin

⁹ Entrevista a Alejandro Inchaurregui, experto en antropología forense. Disponible en: http://w1.lmneuquen.com.ar/08-04-06/n_sociedad10.asp

embargo, éstos solo se realizan en los laboratorios de Toxicología del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) localizado en La Paz, y tienen un costo más alto.

Quienes no consiguen eludir el procesamiento penal son los consumidores habituales que venden gramos de droga para solventar su consumo personal, puesto que la Ley 1008 no tipifica el delito de micro-tráfico o venta al menudeo, por tanto, deben ser procesados por tráfico de drogas.

El Instituto Nacional de Estadística (INE), a partir de información proporcionada por la FELCN, dispone de los siguientes datos sobre personas aprehendidas por posesión de drogas, por tráfico de drogas y con fines investigativos:

Tabla 3. Personas aprehendidas por posesión de drogas, según tipo de droga

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bolivia	951	837	998	807	654	823	1.246
Clorhidrato de cocaína				38	34	35	41
Cocaína base				369	296	325	452
Cannabis				400	324	463	753

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

La posesión de drogas, entendida como la tenencia de la dosis de consumo personal, no se halla tipificada como delito en Bolivia; sin embargo, si la cantidad que se posee excede de la dosis personal, se abren dos posibilidades de acuerdo con la legislación: que sea destinada al consumo o que sea destinada al tráfico. En esa lógica se asienta la privación de libertad, vía la aprehensión policial, de las personas encontradas en posesión de alguna sustancia de uso ilícito.

Tabla 4. Personas aprehendidas por tráfico de drogas, según tipo de droga

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bolivia	2.314	2.381	1.806	1.447	1.865	1.373	1.598
Clorhidrato de cocaína				230	286	242	262
Cocaína base				1.125	1.329	939	1.048
Cannabis				92	250	192	284

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

A diferencia de la tabla 3, las aprehensiones por el delito de tráfico muestran una menor relevancia del cannabis. El 65% de las personas aprehendidas lo fue por tráfico de pasta base de cocaína, solo un 17% por tráfico de clorhidrato de cocaína y otro 17% por cannabis.

No es posible profundizar en el análisis debido a la escasa información oficial disponible, y al hecho de que los datos existentes no son suficientemente específicos ni se hallan desglosados.

5.3. El plan Chachapuma

El 19 de abril de 2013 se dio inicio a la ejecución del Plan de Seguridad Ciudadana denominado Chachapuma (“hombre puma” en idioma aymara). Según declaraciones del Comandante General de la Policía, Gral. Alberto Aracena: “La Policía trabajará para detener a las personas que vendan y consuman libremente alcohol en las calles, en los alojamientos, no vamos a permitir como institución del orden que se dé el envenenamiento a los menores de edad, con alcohol y drogas”¹⁰.

Sobre los resultados, el Ministro de Gobierno, Carlos Romero informó que los índices de delincuencia disminuyeron en los últimos dos meses producto de la implementación del Plan Chachapuma. Sostuvo que “la curva disminuyó en 70% en el departamento de Santa Cruz”, por lo que no descarta que se llegue a los mismos resultados en todas las regiones de Bolivia”.¹¹ Sin embargo, los datos generales difundidos sobre operativos realizados y número de personas aprehendidas no parecen demostrar que se haya logrado una reducción efectiva en los índices de delincuencia.

En todo caso, la recurrente mención que hacen las autoridades policiales, responsables del Plan Chachapuma, sobre aprehensiones en situaciones de consumo de drogas de uso lícito e ilícito, muestra que efectivamente el gobierno continúa asumiendo, desde un abordaje policial, la problemática del consumo de drogas.

5.4. Consumo de drogas en las cárceles

Un estudio realizado en 2007 en las cárceles, por el Centro Latinoamericano de Investigación Científica (CELIN), estableció que el 25% de la población privada de libertad consumía cocaína (13% la pasta base y el 12% clorhidrato). Una investigación reciente de la Dirección de Régimen Penitenciario estableció que el 38% de la población penal del país consume cocaína,

¹⁰http://www.eldiario.net/noticias/2013/2013_06/nt130619/sociedad.php?n=77&-policia-intensifica-operativos-con-el-plan-chachapuma

¹¹ <http://eju.tv/2013/06/romero-comportamiento-criminal-disminuy-en-santa-cruz-gracias-al-plan-chachapuma/>

“situación que imposibilita que los reclusos inicien una rehabilitación oportuna”, según el Director General de Régimen Penitenciario, Ramiro Llanos.¹² (Opinión, 2013)

Sin embargo, aún no se ha conocido si la Dirección General de Régimen Penitenciario implementará programas específicos para la prevención del consumo como para el tratamiento y la rehabilitación. Por otra parte, tampoco se conoce que se hayan realizado evaluaciones sobre el funcionamiento de la Policía encargada de la custodia de los centros penitenciarios o sancionado a los funcionarios responsables del ingreso de las drogas. En el contexto carcelario, urge que el Estado asuma la responsabilidad que le corresponde.

6. Conclusiones y recomendaciones

“Los drogadictos van a parar a los psiquiátricos o a grupos religiosos”, decía un reportaje publicado en La Razón en junio de 2003. La realidad es mucho más grave 11 años después ya que los consumidores de drogas de uso ilícito suelen ser remitidos al sistema penal, o se constituyen en el objetivo de las redadas policiales.

Bajo este enfoque se deja de lado el debate sobre los factores culturales, sociales, familiares e individuales que rodean el consumo, y se desconoce que la problemática de las drogas se genera en el marco de una interacción social. Mientras tanto, los consumidores de drogas continúan siendo el chivo expiatorio de una sociedad problematizada por el consumo de sustancias psicoactivas, que no abandona el enfoque autoritario. La reacción del Estado es básicamente de tipo policial- penal. Se observa también una ausencia de información, con un Observatorio que aún no está en marcha; una ausencia de respuestas públicas ya que la mayoría de los programas de tratamiento son intentos privados; una falta de control estatal sobre las respuestas privadas; y una evidente falta de presupuesto.

En este contexto, se pueden adelantar las siguientes recomendaciones:

- Es necesario avanzar hacia una modificación del enfoque actual, que solamente criminaliza y estigmatiza a los consumidores de drogas de uso ilícito sin haber aportado a una reducción de los índices de consumo.
- Una política de drogas requiere tomar en cuenta los derechos de los consumidores y, en ese sentido, es prioritario supervisar los programas de tratamiento y rehabilitación que se imparten desde el Estado y desde iniciativas privadas.

¹² <http://www.opinion.com.bo/opinion/articulos/2013/0709/noticias.php?id=99998>

- Se requiere avanzar hacia una reforma legal, que abrogue la Ley 1008, que coloca al uso y abuso de drogas en el campo de acción de la Policía. La prevención, el tratamiento y la rehabilitación tienen que ser parte de las políticas públicas de salud.

Bibliografía

Aguilar, Guido “Historia de la Psicología en Bolivia” Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 15, N° 3, 1983

Amnistía Internacional “Informe Bolivia: tortura y ejecuciones extrajudiciales de detenidos en la Granja de Espejos”, 1990. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR18/002/1990/es/cb66f105-ee6d-11dd-96f1-9fdd7e6f4873/amr180021990es.html>

Centro Latinoamericano de Investigación Científica (2010). Consumo de drogas en Bolivia 1992-2010 (estudio urbano-población de 12 a 65 años). La Paz Bolivia, 2010

CONALTID Estudio sobre prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007.

CONALTID Estrategia de Lucha Contra el Narcotráfico y Revalorización de la Hoja de Coca 2007-2010

CONALTID Estrategia de Política Contra el Narcotráfico y Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca 2011 – 2015

DNCSP/UNESCO Informe sobre Uso Indebido de Drogas y Medidas de Prevención y Educación en Bolivia, 1978

OEA/CICAD Bolivia: Evaluación del Progreso de Control de Drogas 2007 - 2009

Welzel, H., Derecho penal, Parte general, Roque del Palma, Buenos Aires, 1956, Versión Digital.

RESPUESTAS ESTATALES AL CONSUMIDOR DE DROGAS ILÍCITAS EN BRASIL: UN ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS (PENALES Y CIVILES) PARA LOS CONSUMIDORES

Luciana Boiteux¹ y João Pedro Pádua^{2, 3}

Uno de los eslabones más débiles de la cadena de acción del Estado en cuanto a drogas (especialmente a las de uso ilícito) es el consumidor, que es el foco de acción de un Estado punitivo, a causa de la criminalización de las conductas relacionadas al consumo de drogas. Por otro lado, el consumidor también es objeto de acción de un Estado paternalista⁴, siendo tratado como un enfermo que precisa ser “reinsertado socialmente” o el objetivo de “redes de atención”, por el simple hecho de ser consumidor de drogas consideradas ilícitas.

El objetivo de este texto es investigar como esta red paternalista del Estado brasileño se estructura normativamente respecto a los usuarios de algunas drogas, y como ella funciona en la realidad, con énfasis en los resultados prácticos ya identificados por datos oficiales.

Marcos Normativos del Control Penal sobre los Consumidores de Drogas Ilícitas

El marco jurídico de salud en Brasil (incluyendo la prevención, atención y reinserción social) relacionado a las drogas constituye una maraña amplia y compleja de normas jurídicas de diversas jerarquías, con muchas contradicciones y asimetrías que a continuación abordamos.

Los antecedentes del control penal sobre las drogas en Brasil están marcados por la influencia de las convenciones internacionales. Hasta fines del siglo XIX el asunto no revestía mayor importancia, dado que la prohibición de la marihuana en Rio de Janeiro en 1830

¹ Magister en Derecho (UERJ) y Doctora en Derecho Penal (USP). Profesora Adjunta de Derecho Penal en la Facultad Nacional de Derecho de la Universidad Federal de Rio de Janeiro (UFRJ).

² Magister en Derecho Constitucional y Doctor en Estudios de Lingüística (PUC-Rio), Profesor de Derecho Procesal Penal de la Universidad Federal Fluminense (UFF).

³ Este estudio contó con el aporte de los alumnos investigadores del Grupo de Investigación en Política de Drogas y Derechos Humanos del Laboratorio de Derechos Humanos de la FND/UFRJ: Luciana Peluzio Chernicharo (estudiante de Maestría PPGD/UFRJ, becaria CNPq), Natalia Sant’anna (becaria UFRJ PIBIC/CNPq), Roberto Brito (becario de Jóvenes Talentos/UFRJ/CNPq) y Kathleen Feitosa (graduada FND/UFRJ). Los autores quisieran agradecer a los colegas a quienes se encomendó la revisión del documento, Luis Fernando Tofoli, Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal Campinas y Dênis Roberto da Silva Petuco, candidato al Doctorado en el Programa de Posgrado en Ciencias Sociales de la Universidad Federal de Juiz de Fora, por sus valiosas contribuciones a la versión final de este trabajo.

⁴ Se denomina “paternalismo” a tal acción del Estado que quiere imponer a sus ciudadanos cierta concepción ética sobre lo que es una vida buena y digna, mediante la aplicación de normas jurídicas coercitivas⁴. En el caso del consumidor de drogas consideradas ilícitas, el paternalismo adopta esas dos vertientes: impone concepciones de lo que es el bien a través de castigos a conductas contrarias a esa visión y, de otro lado, refuerza concepciones del bien a través de la creación y proliferación de una red asistencial (y de salud).

constituía una medida ejemplar para controlar a la numerosa población negra y esclava de la entonces capital del país (Fiore, 2007)⁵.

En la década de 1930, el cannabis fue incluido en la lista de sustancias cuyo uso se encontraba prohibido, se determinó la criminalización de la inducción al consumo, y se incrementó a cinco años de prisión la pena por la venta de drogas de uso ilícito. Desde entonces, ha habido un significativo margen de oscilación respecto a la criminalización del consumidor. El Compendio de Leyes Penales de 1932 estipulaba el delito de “venta de estupefacientes”. Ya en la “Ley de Fiscalización de Estupefacientes” (1938) se tipificaba como infracción a la ley el “tener consigo” (pero no el consumo) sustancias ilícitas sin prescripción médica, práctica que se sancionaba con una pena semejante a la que conllevaba el tráfico, de uno a cuatro años. Con todo, a partir de la década de 1940, se produjo un cambio en el régimen penal aplicable al consumidor de drogas, habiéndose descriminalizado el acto de portar drogas para consumo personal en el Código Penal de 1940.

Entre las décadas de 1930 y 1950 en Brasil, se estipularon medidas de tratamiento forzado para los consumidores de drogas ilícitas, incluyendo el internamiento obligatorio. Prevalcía entonces una visión del consumidor como un enfermo que requería tratamiento y que no debía ser enviado a prisión, al mismo tiempo que se intensificaba progresivamente el rigor penal sobre la venta de drogas. Así, predominaba una visión médica e higienista – no sólo respecto a las drogas, sino también a los comportamientos rotulados como marginales en general (como el juego). Esa visión higienista del período sirvió de inspiración para el internamiento obligatorio que existe como política pública en la actualidad.

En la Dictadura Civil-Militar, en el año de 1968, trece días después del AI-5⁶, se emitió el Decreto Ley N° 385/68 que criminalizaba una vez más la ponencia de drogas y lo equiparaba al delito de tráfico, con penas de uno a cinco años de prisión y la aplicación de una multa. Dicho régimen siguió vigente hasta la emisión de la Ley N° 6.368/76 que reemplazó a la legislación anterior y revocó el artículo 281 del Código Penal.

A pesar de diferenciar la conducta del consumidor de la del traficante, la Ley de 1976, que estuvo vigente durante treinta años, describía “nuevos estereotipos y una nueva legitimación represiva” con una estigmatización del “enemigo interno” –el traficante de drogas—, al mismo tiempo que flexibilizaba la pena para el consumidor, lo que constituyó una característica del control penal sobre drogas en Brasil a partir de ese momento.

⁵ Fiore, Mauricio. (2007). *Uso de “Drogas”: Controvérsias Médicas e Debate Público* [Consumo de Drogas: Controvérsias Médicas y Debate Público]. São Paulo: FAPESP/Mercado das Letras.

⁶ Acto Institucional N° 5 del 13 de diciembre de 1968, que recortó las garantías y cerró el Congreso. Adviértase que en 1964 hubo el Golpe Civil-Militar en Brasil.

En la transición hacia una apertura democrática, con la promulgación de la Constitución de 1988, paradójicamente hubo un endurecimiento de las políticas penales con la inclusión del concepto de “crimes hediondos”⁷ (delitos aberrantes) en el texto constitucional (artículo 5º, XLIII de CF/88), y la equiparación del “tráfico de estupefacientes” a este tipo de delito mediante la Ley de Delitos Aberrantes (Nº 8.072/90).

Después de treinta años tuvo lugar un cambio trascendental, cuando la Ley Nº 11.343/06, todavía vigente, determinó la despenalización⁸ del consumidor de drogas en Brasil. Esta ley que estableció el SISNAD⁹ fue considerada progresista. Se estipularon medidas para la prevención del consumo indebido, así como la atención y reinserción social de consumidores y adictos a drogas; se establecieron normas para reprimir la producción no autorizada y el tráfico ilícito de drogas; y se definieron nuevos delitos, tales como el uso compartido de drogas y la colaboración con el tráfico de estas sustancias. Esta Ley contiene principios positivos importantes y reconoce derechos del consumidor en relación a su autonomía y libertad, así como la adopción de un enfoque multidisciplinario sobre el tema. Incluso, se estipulan directrices relativas a la prevención del consumo de drogas, tales como el “reconocimiento de la reducción de riesgos”, lo que se considera un punto bastante importante para marcar una orientación diferenciada entre esa ley y la anterior (de 1976)¹⁰.

La mayor novedad de esta Ley de 2006, sin embargo, fue la dicha despenalización de la posesión para el propio consumo y el cultivo de la planta para el consumo personal. Por esta ley, no hay más la posibilidad de aplicación de la pena privativa de la libertad para el (quien sea identificado como) consumidor, que está sujeto solamente a penas alternativas. Además, se introdujeron tipos penales intermedios con penas reducidas que antes habían sido equiparados al tráfico de drogas, como la inducción/instigación al consumo, o el consumo compartido de drogas y una forma privilegiada de tráfico.

⁷ Los “crimes hediondos”, tal como fueran definidos posteriormente en la Ley N.º 8.072/1990 tienen un régimen jurídico mucho más duro que los demás crímenes de la orden jurídica brasileña. Entre otras cosas, las demandas por este tipo de crimen sujetan los acusados a más tiempo de prisión procesal, tienen regímenes presionales más duros y no pueden ser objeto de indulto presidencial.

⁸ El término “despenalización” es empleado aquí como sinónimo de “des-encarcelamiento”, lo que equivale a la sustitución de la pena privativa de la libertad por sanciones alternativas. En el caso del Artículo 28 de la Ley de Drogas no se prevé la cárcel como pena para este delito, solo sanciones alternativas. Esta fue la nomenclatura más utilizada en Brasil (ello inclusive consta en el recurso de apelación del Supremo Tribunal Federal que trató el tema en la RE 430.105, juzgado el 13 de febrero de 2007, Rel. Min. Sepúlveda Pertence).

⁹ Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

¹⁰ Consultar Boiteux, Luciana (2006b). *A nova lei antidrogas e aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes* [Una nueva ley antidrogas y el aumento de la pena para el delito del tráfico de estupefacientes]. *Boletim IBCrim*. 167 (14), octubre, pp. 8-9.

Pese a las disposiciones legales de la despenalización, no hay en la ley criterios objetivos de diferenciación entre un usuario y el traficante, lo que se queda a la responsabilidad de la policía y de la Justicia, con toda subjetividad. Por eso, esta ley no alteró el perfil de las personas condenadas por delitos de drogas en Brasil, sino que incluso generó un aumento de la pena para el tráfico de estas sustancias (de tres a cinco años de reclusión), lo cual es uno de los principales factores para el aumento de la población carcelaria en Brasil durante los últimos años¹¹. Una posibilidad que se destaca es que muchos usuarios ahora son encarcelados como traficantes.

Políticas públicas y consumo problemático de drogas

En Brasil, el gobierno adoptó oficialmente dos “Planes Nacionales”, en 2002 (durante el gobierno de Fernando Henrique Cardoso) y en 2005 (durante el gobierno de Lula), que contenían las líneas generales de la política estatal sobre el tema.

El primer Plan (previsto en el Decreto del Poder Ejecutivo N° 4.345/02) de 2002, establecía una política dividida en el tradicional trinomio prevención, tratamiento y represión. Resalta el tono alarmista y emocional adoptado, destacando el siguiente fragmento del plan: “El uso indebido de drogas constituye en la actualidad una amenaza seria y persistente a la humanidad y la estabilidad de las estructuras y valores políticos, económicos, sociales y culturales de todos los Estados y sociedades”. El plan mencionaba incluso “efectos adversos generados por el consumo indebido de drogas [como] la asociación del tráfico de drogas ilícitas y de los delitos relacionados, generalmente de carácter transnacional, con la delincuencia y la violencia”.

Las políticas oficiales de 2002 defendían el modelo de “reducción de la oferta de drogas” como meta a ser alcanzada por medio del procesamiento penal. Por otro lado, se señalaba la “prevención” como prioridad, ya que hacía referencia, aunque tímida, a la estrategia de reducción de daños, aplicada conjuntamente con “estrategias de reducción de la demanda”.

En el 2005, ya en el gobierno de Lula, se elaboró una nueva Política Nacional sobre Drogas. En términos generales, esta Política priorizaba la “prevención del consumo indebido de drogas, por ser una intervención más eficaz y de menor costo para la sociedad”; y se estipula “el derecho de toda persona con problemas derivados del consumo indebido de drogas

¹¹ El encarcelamiento de personas por crímenes de tráfico de drogas se incrementó alrededor de 111% desde que la Ley de 2006 entró en vigencia. Cf. Boiteux, Luciana y João Pedro Pádua (2013). *A desproporcionalidade da lei de drogas: os custos humanos e econômicos da atual lei de drogas no Brasil* [La desproporcionalidad de la ley de drogas: los costos humanos y económicos de la actual ley de drogas en Brasil]. Rio de Janeiro: UFRJ y Psicotropicus.

a recibir tratamiento adecuado”. Además, se determinaba el reconocimiento de las “diferencias entre un consumidor, una persona con consumo indebido, un adicto y un traficante de drogas”. El punto más importante del Plan Nacional de 2005 era el reconocimiento de la “estrategia de reducción de daños estipulada por el artículo 196 de la Constitución Federal, como medida de intervención preventiva, asistencial, de promoción de la salud y de los derechos humanos”, y el hecho de que ésta haya sido reglamentada en el capítulo dedicado a las directrices¹².

El mantenimiento de la línea prohibicionista, aunque moderada, era resguardado mediante la “reducción de la oferta de drogas mediante la acción coordinada e integrada de los órganos responsables del procesamiento penal (...) que buscan realizar acciones represivas y procesos penales contra los responsables de la producción y el tráfico de sustancias prohibidas”. Se sigue hoy trabajando con propuestas represivas e irreales de políticas de seguridad, frente a la idea de una represión “eficaz”. En suma, ambos planes nacionales pecan de contener políticas penales-represivas, pues se restringen a enunciar medidas genéricas, la mayoría de las cuales son de carácter represivo.

Actualmente Brasil atraviesa por un período de cambios, con marcadas contradicciones. Mientras vemos la implementación de las metas defendidas por la lucha contra los manicomios, con la extinción progresiva de los hospicios y la disminución de la oferta de camas en los hospitales psiquiátricos, observamos también el desarrollo de una política pública de enfrentamiento al *crack* que favorece el internamiento obligatorio de los consumidores en centros privados de tratamiento, lo que constituye un recrudescimiento de la visión conservadora higienista que caracterizó la legislación de la primera mitad del siglo XX.

En cuanto a las políticas de reducción de daños, éstas son definidas como toda estrategia de cuidado dirigida a personas que no quieren o no pueden dejar de consumir drogas. Ente las políticas se incluye la adopción de estrategias más seguras para el consumo, como también la inclusión de políticas sociales, educativas y de salud sin exigir la abstinencia¹³, que a pesar de estar reconocidas en las leyes y normas, todavía son poco aplicadas en el país.

En Brasil, el momento actual está marcado por dos movimientos opuestos de políticas públicas sobre drogas: mientras que las políticas penales oficiales se han vuelto cada vez más

¹² El documento del Plan de 2005 previa principios del sistema, además de directrices para implementar estos principios. Es de notar también que incluso antes de elaborarse el plan de drogas, el Ministerio de Salud ya había emitido el Decreto N° 1.028 del 1 de julio de 2005, que finalmente reglamentaba la política de reducción de daños en Brasil.

¹³ Petuco, Dênis Roberto da Silva (2001). *Entre imagens e palavras. O discurso de uma campanha de prevenção ao crack* [Entre imágenes y palabras. El discurso de una campaña de prevención del consumo de *crack*]. Disertación para obtener el grado de Magister, presentada al Programa de Posgrado en Educación de la Universidad Federal de Paraíba. Disponible en: <http://denispetuco.com.br/imagensepalavras.pdf>.

punitivas (para el traficante), en materia de la salud pública ha habido un avance en cuanto a la adopción de políticas más humanas y capaces de reconocer y garantizar los derechos de los consumidores. Ello se debe a la cercanía entre la reducción de daños y el movimiento contra los manicomios, que los vincula a una “ética de la atención”, de respeto a los derechos, las libertades individuales y la autonomía de las personas.

Asimismo, ante la epidemia del SIDA, a inicios de la década de 1990 se implementaron en el país programas-piloto pioneros de distribución de jeringas para consumidores de cocaína inyectable.¹⁴ Dicha política fue asumida como estrategia de salud pública por varios municipios brasileños, demostrando buenos resultados prácticos.

Según Andrade (2011), sin embargo, la evolución de las políticas de reducción de daños en Brasil no han sido lineal, produciéndose un declive en el número de programas a partir de 2004. Los motivos son diversos y van desde la descentralización del financiamiento de los programas para Estados y Municipios hasta la ausencia de reglamentación específica, más allá del genérico Decreto de 2005. Aunque puede decirse que las acciones más progresistas de reducción de daños —como el tratamiento de sustitución y las salas para consumo controlado— no están prohibidas por la ley brasileña, una falta de reglamentación de tales acciones dificulta la obtención de financiamiento e incluso genera temor entre quienes promueven la reducción de daños, por quedar expuestos a represalias por parte de las autoridades, tal como ya ocurrió en el pasado¹⁵.

En relación a las políticas de salud mental, otro avance fue la Ley N° 10.216/2011 (Ley de la Reforma Psiquiátrica) que trata de los derechos de los pacientes que presentan trastornos mentales. Dicha ley fue el resultado de grandes luchas del movimiento contra los manicomios en Brasil y que se ha opuesto a las políticas de internamiento en hospitales psiquiátricos con características de asilo que prevalecían en el pasado. Esta ley prioriza el formato abierto para el tratamiento y señala que el internamiento debe ser la última opción. Incluso, la ley considera la reclusión en instituciones como perjudicial a quien presentan trastornos mentales. Además, establece principios de atención y enuncia los derechos de los pacientes.

¹⁴ Luego de estas iniciativas, entre 1995 y 2003 se abrieron en el país más de 200 programas de reducción de daños. Cf. Andrade, Tarcísio Matos de (2011). *Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil* [Reflexiones sobre políticas de drogas en Brasil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4665-4674. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300015&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S1413-81232011001300015. Información tomada el 4 de enero de 2014.

¹⁵ Alrededor del año 1989, un grupo de profesionales que implementó el primer programa de cambio de jeringas de Brasil — en la ciudad de Santos, estado de São Paulo, fue objeto de demanda penal por el Ministerio Público local, con la acusación de incentivo al consumo de drogas. La demanda fue archivée, pero el programa fue terminado.,

Actualmente en la ley brasileña están previstos tres tipos básicos de internamiento (voluntario, involuntario¹⁶ y “compulsório”)¹⁷, estando el internamiento obligatorio definido como excepcional pero que puede ser decretado “por el juez competente”, aunque garantizando siempre el debido proceso legal con la participación activa del paciente a internarse o de quien lo represente.

Puede decirse que, a partir de 2001, el reconocimiento de los derechos de consumidores de drogas están contemplados dentro del marco normativo de salud, aun cuando estas personas están sometidas a una red de atención. Sin embargo, una importante discrepancia de ese escenario general es el tratamiento jurídico dado por la política brasileña en relación al *crack*, influenciada por el abordaje de los medios de comunicación al tema¹⁸.

El hecho es que el marco jurídico de salud en Brasil relacionado a las drogas constituye una maraña amplia y compleja de normas jurídicas de diversas jerarquías, con muchas contradicciones y asimetrías. Para comprender cómo esas normas se insertan en el derecho brasileño y cómo se les puede comparar entre sí para efectos de la formación de un Sistema de Tratamiento Jurídico del consumo y del consumidor de drogas (lícitas o ilícitas), con un enfoque en las acciones de salud, se menciona aquí una cuestión de definición legal del consumidor de drogas, del diseño institucional de la actuación del Estado en cuanto a Salud, y de normalización de las iniciativas en relación al *crack*.

Tal como se ha visto, el Plan de 2005 establecía como supuesto previo la necesidad de distinguir tipos de consumidores de drogas a partir de sus patrones de consumo. Era de esperarse que el marco normativo de prevención y atención al consumidor de drogas tuviese en consideración tal distinción. Sin embargo, hay una gran variación respecto a este tema. De todas las normas reunidas para el análisis¹⁹, apenas dos²⁰ establecen una distinción

¹⁶ El tratamiento involuntario también depende de la voluntad del paciente, pero es prescrito por médico para un paciente específico y está sujeto a control obligatorio por el Ministerio Público, que debe ser notificado en 72 horas.

¹⁷ El tratamiento “compulsório” en la ley brasileña es lo que determina un Juez considerando “las condiciones de seguridad del establecimiento, para la protección del enfermo, de otros internos y de los empleados”.

¹⁸ Sobre la crítica a la aplicación de la Ley 11.216/01 para consumidores de *crack*, consultar Boiteux, Luciana (2013). *Liberdades Individuais, Direitos Humanos e a Internação Forçada em Massa de Usuários de Drogas* [Libertades Individuales, Derechos Humanos e Internamiento Forzado Masivo de Consumidores de Drogas]. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais (RBEC)*, 25 (7), enero-abril, pp. 53-80.

¹⁹ Mayores detalles sobre este análisis pueden consultarse en la versión completa del presente trabajo.

²⁰ Se trata de la Resolución de CONAD 3/2005, que establece el Plan Nacional sobre Drogas (en vigencia), y del Decreto 6.117/2007, que define principios y objetivos preventivos del Plan, no equipara el consumidor al adicto, y llega a definir la categoría de “uso responsable” como un objetivo de la política pública. El decreto GM/MS 3.088/2011 también diferencia indirectamente a los consumidores problemáticos y no-problemáticos, al establecer que la RAPS (Red de Atención Psicosocial) se oriente únicamente a “personas que sufren un trastorno mental, incluyendo aquellas con necesidades que se derivan de su consumo de *crack*, alcohol y otras drogas”, sin mencionar en ningún otro punto la

normativamente relevante entre consumidores de drogas que no son problemáticos o dependientes y aquellos que lo son. Resulta significativo que una de las dos normas jurídicas que establecen esta distinción sea una norma relativa a una droga de uso lícito (alcohol). El contraste resulta claro entre este marco normativo para las drogas de uso lícito, y los marcos normativos para drogas de uso ilícito, en relación a una distinción neutralizada entre consumo responsable y consumo problemático/dependiente.

Siguiendo la inspiración de normas anteriores, la Ley de drogas N° 11.343/06 divide la acción estatal de salud relativa a las drogas en dos ejes: “prevención” y “atención y reinserción social”, e implementa la reducción de daños como un componente tanto del eje de “prevención”, como en calidad de elemento del eje de “atención y reinserción social”. A su vez, la pormenorización del eje de “tratamiento” en “atención y reinserción social”, sigue la lógica de salud que orienta una configuración institucional de las acciones del Ministerio de Salud²¹.

Dichos componentes deben actuar de manera armónica entre sí y expresar finalidades complementarias, de acuerdo a la situación de cada paciente. Resaltan aquí el componente “atención psicosocial especializada”, donde figuran los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y el componente “atención residencial de carácter transitorio”, en el cual se encuentran las llamadas comunidades terapéuticas, desviadas en su finalidad en el sistema al interior de los programas para el *crack* – porque se transforman, en estos programas, en centros de internación compulsiva.

Sin embargo, a partir del año 2010 se detecta claramente un giro conservador de la política nacional, que tenía como principal marco normativo el Decreto N° 7.179/2010 el cual instituía el “Plan Integrado de Lucha contra el *Crack*” en el último año del gobierno de Lula. Creado en el contexto de una considerable alarma social relacionada a una supuesta “epidemia” de consumo de *crack*, llama la atención desde el inicio que esa norma haya sido redactada en el ámbito de la Presidencia de la República y mediante un decreto, no en el ámbito de Ministerio de Salud, ni en el SENAD (ubicado en el Ministerio de Justicia²²).

Según Nappo, Sánchez y Ribeiro (2012), “el Gobierno Federal y la sociedad brasileños se expresan y obran en función de una epidemia de *crack* que era exacerbada por los medios de comunicación”, mientras que, según los datos disponibles, “el consumo de *crack* entre

palabra “consumidor”, y sin equiparar al consumidor con el adicto (como hacía por ejemplo la Ley 11.343/2006). Ello, con respecto a la primera mención, puesto que la otra corresponde al establecimiento del Plan Nacional sobre Alcohol.

²¹ El Decreto GM/MS 3.088/2011 prevé seis componentes de la Red de Atención Psicosocial (art. 5°): atención básica de salud, atención psicosocial especializada, atención de urgencia y de emergencia, atención residencial de carácter transitorio, atención hospitalaria y estrategia de des-institucionalización.

²² En función de lo dispuesto por el Decreto N° 7.426/2011.

estudiantes no aumentó en las proporciones presentadas por los medios de comunicación en Brasil”, concluyéndose que “el término epidemia ha sido usado de manera impropia para representar la prevalencia estática del consumo de *crack*”²³.

Luego, al año siguiente, ya en el inicio del gobierno de Dilma Rousseff, se emitió el Decreto N° 7.673/2011 como un “nuevo” programa contra el *crack* llamado: “*Crack, es posible vencerlo*”, que se divide en tres partes: atención, prevención y aplicación de la ley, y se propuso una perspectiva de seguridad pública integrada al discurso de salud. En el plano normativo, se advierte que dicho decreto alteró profundamente el modelo predominante hasta entonces: además de ser una norma de la Presidencia, concentra en un solo instrumento normativo todos los ejes de acción del Poder Público, de modo similar a la Ley de Drogas, sólo que través de un acto administrativo normativo del Poder Ejecutivo. La ley también altera la caracterización del ciudadano afectado por la norma: “consumidores de *crack* y otras drogas” que desde ese momento sería repetida en otras normas, inclusive del Ministerio de Salud. Por lo tanto, se advierte un cambio de enfoque del Ministerio de Salud respecto al alcohol como la principal droga consumida por los ciudadanos brasileños, orientándose ahora hacia el *crack*, sin que evidencias concretas fundamenten esa elección política.

Consumo de sustancias de uso ilícito en Brasil

Brasil no figura como país productor en la geopolítica internacional, sino que sirve como ruta de consumo y tránsito de drogas tradicionalmente producidas en países vecinos, que son exportadas hacia los mercados consumidores de Norteamérica y Europa.

En relación a los datos sobre consumo de drogas en Brasil, se utiliza la información oficial del SENAD, teniendo como base cuatro fuentes principales: los censos domiciliarios realizados en las capitales brasileñas (no en la población total), en 2001 y 2005, y el más reciente censo, realizado en 2013, enfocado en el consumo de *crack*, pero que también recogía datos sobre otras drogas²⁴.

En la comparación entre los censos domiciliarios (2001-2005), a pesar de que entre la información obtenida no se apreció gran variación en el consumo de estas sustancias, se

²³ Nappo, Solange Aparecida; Zila M. Sanchez y Luciana Abeid Ribeiro (2012). *Is there a crack epidemic among students in Brazil?: comments on media and public health issues* [¿Existe una epidemia de consumo de crack entre los estudiantes en Brasil?: Comentarios en los medios de comunicación y aspectos de salud pública]. *Cadernos Saúde Pública* [en Internet]. 28 (9), pp. 1643-49.

²⁴ Los análisis realizados fueron empleados como fuente de estas encuestas, las cuales, a pesar de las limitaciones (no incluyen datos a nivel nacional sino sólo de las capitales) son reconocidas por el gobierno y los especialistas como bases confiables de consulta.

identificó entre los entrevistados un pequeño aumento en la prevalencia de consumo a lo largo de sus vidas durante los períodos estudiados, especialmente de alcohol.²⁵

Cuadro 1. Brasil, Prevalencia de consumo de drogas entre los entrevistados en las 108 ciudades con más de 200 mil habitantes (2001²⁶-2005)

Droga	Prevalencia de uso (%)			
	2001 Na vida	2005		
		Na vida	No ano	No mes
Álcohol	68.7	74.6	49.8	38.3
Tabaco	41.1	44.0	19.2	18.4
Maconha	6.9	8.8	2.6	1.9
Solventes	5.8	6.1	1.2	0.4
Benzodiazepínicos	3.3	5.6	2.1	1.3
Orexígenos	4.3	4.1	3.8	0.1
Cocaína	2.3	2.9	0.7	0.4
Xaropes (codeína)	2	1.9	0.4	0.2
Estimulantes	1.5	3.2	0.7	0.3
Baritúricos	0.5	0.7	0.2	0.1
Esteroides	0.3	0.9	0.2	0.1
Opiáceos	1.4	1.3	0.5	0.3
Anticolinérgicos	1.1	0.5	0.0	0.0
Alucinógenos	0.6	1.1	0.3	0.2
Crack	0.4	0.7	0.1	0.1
Merla	0.2	0.2	0.0	0.0
Heroína	0.1	0.1	0.0	0.0
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	19.4	22.8	10.3	4.5

Fuente: SENAD/CEBRID/II Censo Domiciliario sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas en Brasil, 2005.

Adviértase que, siguiendo una tendencia mundial, la marihuana se mantiene como la droga ilícita más consumida en Brasil, teniendo como base los datos de 2001 (6.9% de consumo a lo largo de la vida), siendo ese porcentaje muy inferior al de los EE.UU., con 34.2%, y al Reino Unido y Dinamarca, con 25% y 24.3%, respectivamente²⁷.

En Brasil, son las drogas de uso lícito las que presentan un mayor porcentaje de personas en esa condición, y es pequeño el porcentaje de personas que declaran tener consumo problemático de drogas de uso ilícito, siendo la marihuana indicada como la droga con mayor porcentaje de consumidores que se declaran adictos entre las sustancias ilícitas.²⁸

²⁵ Fuente: SENAD/CEBRID/II Censo Domiciliario sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas en Brasil, 2005.

²⁶ Los datos sobre prevalencia del consumo por año y por mes no están disponibles para 2001.

²⁷ Según Carlini, E.A. [*et al.*] (2002). *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001* [I Censo domiciliario sobre consumo de drogas psicotrópicas en Brasil: estudio que incluye las 107 ciudades principales del país: 2001]. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileño de Informaciones Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidad Federal de São Paulo.

²⁸ Fuente: CEBRID.

Cuadro 2. Dependencia²⁹ de drogas entre los entrevistados en las 108 ciudades con más de 200 mil habitantes en Brasil (2001-2005)

Droga	Dependencia (%)	
	2001	2005
Álcool	11.2	12.3
Tabaco	9.0	10.1
Maconha	1.0	1.2
Solventes	0.8	0.2
Benzodiazepínicos	1.1	0.5
Estimulantes	0.4	0.2

Fuente: SENAD/CEBRID/II Censo Domiciliario sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas en Brasil, 2005.

Otro dato importante se basa en el Estudio sobre Consumidores de *Crack* en condiciones de vulnerabilidad (2013), realizado por la Fiocruz, fuente importante y actualizada de información sobre el tema en Brasil³⁰.

El resultado del estudio estima que la población de las capitales brasileñas y del Distrito Federal que consume *crack* y productos similares regularmente es de aproximadamente un 0.81%. Una estimación del porcentaje de consumidores de otras drogas ilícitas (con excepción de la marihuana) es de 2.28%³¹, mientras que los consumidores de *crack* corresponden al 35% de los consumidores de drogas de uso ilícito en las capitales. Por lo tanto, el *crack* no es la droga de mayor consumo en Brasil.

Como demostró el estudio de Fiocruz arriba, la mayoría de los consumidores de *crack* en Brasil provienen de grupos vulnerables, son negros y mulatos, jóvenes (unos 30 años en promedio), hombres, solteros (lo que demuestra relajamiento de los lazos familiares), con escasa escolaridad, poli-consumidores (más del 80% de los consumidores de *crack* también hacen uso de alcohol y tabaco), y que consumen la sustancia en público. Por lo tanto, sólo se vuelve visible en la medida en que incomoda a los demás en la vía pública, estando el consumo de *crack* asociado a varios factores de vulnerabilidad social, como falta de vivienda, servicios básicos y, de modo general, inserción social menos desigual.

²⁹ El criterio utilizado por el estudio de SENAD/CEBRID correspondía a SAMHSA.

³⁰ El estudio llamado “*Estimativa do Número de Usuários de Crack e/ou similares nas Capitais do País*” [Estimado del Número de Consumidores de *Crack* y sustancias similares en las Capitales del País] fue lanzado en 2013, coordinado por Francisco Inácio Bastos en asociación con el SENAD.

³¹ Es decir, aproximadamente 1’035,000 consumidores.

Consideraciones Finales y Recomendaciones

Al asumir una posición paternalista, dividida ambiguamente entre Estado asistencial y Estado punitivo, Brasil crea marcos normativos complejos, de difícil coordinación y contradictorios entre sí, además de estar arbitrariamente relacionados, como en el caso de la integración forzada entre “aplicación de la ley” y “prevención/tratamiento” en las normas referidas al *crack*. Esas políticas públicas oscilantes no parecen tener efecto alguno sobre los indicadores, patrones y tipos de consumo/consumidores, especialmente consumidores de *crack*, en quienes ha recaído la mayor parte de la atención del Estado en los últimos tiempos.

Mientras el gobierno federal sigue con una posición muy conservadora en las políticas sobre drogas, tanto en el poder ejecutivo como el poder judicial hay signos de cambio. En 2014 se destacan tres iniciativas importantes, lo que demuestra las ambigüedades en la política brasileña: dos recientes proyectos de ley en el Congreso proponen un cambio en la política sobre cannabis: uno de ellos autoriza el cultivo de marihuana en residencias, con fines medicinales y recreativos, mientras otro intenta regular la producción y venta de marihuana en Brasil. Además, una muy reciente decisión de la Corte Federal de Brasilia obligó a la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) para liberar el uso de un medicamento basado en el cannabidiol (CBD), derivado de la marihuana para tratar a un niño con epilepsia.³²

Ante todo, nuestras recomendaciones son las siguientes:

1. La descriminalización de todas las conductas asociadas al consumo de drogas, como una forma de eliminar el eje punitivo de la acción estatal sobre el fenómeno del consumo de drogas, abandonando el estigma social sobre los consumidores de drogas y, con ello, facilitando las respuestas estatales de salud (y reducción de daños), y dejando de lado el paradigma de represión/abstinencia que se mantiene actualmente;

2. El establecimiento a nivel de ley ordinaria de un marco normativo seguro detallado y unificado para la reducción de riesgos y daños, como una manera de establecer un paradigma único para políticas de prevención y atención a consumidores problemáticos y dependientes de drogas;

3. El establecimiento de políticas públicas de prevención que diferencien al consumidor problemático o dependiente, del consumidor no-problemático, siendo que para éste último debe dirigirse únicamente políticas de prevención, ya que su consumo no precisa de políticas de atención/tratamiento;

³²<http://oglobo.globo.com/sociedade/maconha-brasil-discute-mudancas-mas-nao-vai-votar-agora-12105622#ixzz2yRcsVIMP>

4. El abandono de políticas de internamiento obligatorio y/o tratamiento forzado de consumidores –tanto problemáticos como dependientes– a no ser en situaciones excepcionales – por indicación médica, y únicamente en cuanto sea necesario y por el mínimo tiempo posible;
5. La separación en las políticas públicas y acciones concretas de los ejes de prevención y atención respecto al eje “aplicación de la ley” o represión, las cuales deben ser llevadas a cabo por agencias distintas y con objetivos distintos y diferenciados entre sí;
6. La atribución de la mayor parte del presupuesto destinado a iniciativas estatales relacionadas a drogas (de uso lícito e ilícito) hacia la prevención y la atención, reduciendo los fondos destinados a la represión, eje comprobadamente ineficiente y costoso;
7. La orientación de la política de drogas hacia las sustancias que más daños causan a la salud pública, especialmente el alcohol, y la adopción de estrategias de reducción de daños relacionados al *crack*, siguiendo criterios y patrones basados en evidencias.
8. Profundizar el debate sobre la regulación de la marihuana y otras drogas hoy ilícitas dentro de un marco de garante de los derechos humanos de los usuarios, con especial énfasis en el uso terapéutico de estas sustancias.

Bibliografía

- AMARANTE, Paulo (Coord.) (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ANDRADE, Tarcísio Matos de (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4665-4674. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300015&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S1413
- BATISTA, Nilo (1998). Política criminal com derramamento de sangue. *Discursos Sediciosos*. Ano 3. n. 5-6, 1-2. Sem, p. 81.
- BOITEUX, Luciana (2006a). *O controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo sobre o sistema penal e a sociedade*. Tese de Doutorado. Faculdade de Direito da USP.
- _____ (2006b). A nova lei antidrogas e aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes. *Boletim IBCrim*. 167 (14), outubro, p. 8-9.
- _____ *et alli* (2009). *Tráfico de Drogas e Constituição*. Brasília: Ministério da Justiça.

- _____ (2013). Liberdades Individuais, Direitos Humanos e a Internação Forçada em Massa de Usuários de Drogas. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais (RBEC)*, 25 (7), jan-abr, p. 53-80.
- _____, RIBEIRO, Mauricio de Mello (2010). Justiça Terapêutica: Redução De Danos Ou Proibicionismo Dissimulado? In: SEIBEL, Sérgio Dario (Ed.). *Dependência de Drogas*. 2ª. Ed. São Paulo: Atheneu, p. 1113-1122.
- _____, PÁDUA, João Pedro (2013). *A desproporcionalidade da lei de drogas: os custos humanos e econômicos da atual lei de drogas no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ e Psicotropicus.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2012). Saúde Mental em Dados- 10, ano VII, nº 10. Informativo *eletrônico*. Brasília. Acesso em 02.12.13.
- CABALLERO, Francis, BISIQU, Yann (2000). *Droit de la drogue*. Paris: Dalloz.
- CARVALHO, Salo de (1997). *A Política Criminal de Drogas no Brasil*. Rio de Janeiro: Luam.
- DOMANICO, Andrea (2006). *Craqueiros e cracados: Bem vindo ao mundo dos nórias – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
- IORE, Mauricio (2007). *Uso de “Drogas”: Controvérsias Médicas e Debate Público*. São Paulo: FAPESP/Mercado das Letras.
- GOMES, Geraldo (1972). *Os alucinógenos e o direito: LSD*. São Paulo: Juriscred.
- GRECO FILHO, Vicente (1993). *Tóxicos: prevenção, repressão*. 9.ed. São Paulo: Saraiva.
- HUNGRIA, Nelson (1959). *Comentários ao Código Penal*. v. 9. Rio de Janeiro: Forense V. IX.
- IULIANELLI, Jorge Atílio Silva (2004). Brasil Rural: a cannabis e a violência. *Drogas e Conflito*. n. 11. novembro, p. 7-16.
- BRASIL (2011). **LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- LIMA, Lana Lage da, SOUZA DA SILVA, Sabrina (2012). Programa de Justiça Terapêutica do Estado do Rio de Janeiro. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, 33 (17), p. 375-398.
- LUISI, Luiz (1990) A legislação penal brasileira sobre entorpecentes: notícia histórica. *Fascículos de Ciências Penais*. Ano 3. v. 3. n. 2. abr./mai./jun.
- MACHADO, Leticia Vier e BOARINE, Maria Lúcia. (2013). Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (3), 580-595.

- MARTINELLI (2009). Paternalismo na lei de drogas. *Liberdades*. n. 2, p. 13-24, set-dez. (Disponível em <http://www.ibccrim.org.br>. Acesso em 18 out 2013).
- MESQUITA, Fábio (2012). A Perspectiva da Redução de Danos. Disponível em: http://www.ibccrim.org.br/site/boletim/exibir_artigos.php?id=4746. Acesso em 04.01.2014.
- MORAIS, Paulo César de Campos (s/d). Mitos e omissões: repercussões da legislação sobre entorpecentes na região metropolitana de Belo Horizonte. Disponível em: [https://www2.mp.pa.gov.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/MITOS%20E%20OMIS SÃ•ES.pdf](https://www2.mp.pa.gov.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/MITOS%20E%20OMIS%20S%20S%20S.pdf), p. 8. Acesso em 03.12.2013.
- NAPPO, Solange Aparecida; SANCHEZ, Zila M. and RIBEIRO, Luciana Abeid (2012). Is there a crack epidemic among students in Brazil?: comments on media and public health issues. *Cad. Saúde Pública* [online]. 28 (9), pp. 1643-1649.
- PIERANGELI, José Henrique (2001). *Códigos Penais do Brasil: evolução histórica*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- PROCÓPIO, Argemiro (1999). *O Brasil no mundo das drogas*. Petrópolis: Vozes.
- RIBEIRO, Ana Maria Motta (2008). *O pólo sindical do submédio São Francisco: Das lutas por reassentamento à incorporação do cultivo de maconha na agenda*. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais.
- SENAD (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf> Acesso em 03.12.2013

POLÍTICAS FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS DE USO ILÍCITO EN COLOMBIA¹

Rodrigo Uprimny², Diana Esther Guzmán,³
Jorge Alberto Parra,⁴ Carolina Bernal⁵

Aunque Colombia ha sido considerada históricamente un país eminentemente productor, hay un fenómeno creciente de consumo de sustancias controladas. Según el Ministerio de Protección Social –MPS- y la Dirección Nacional de Estupefacientes –DNE– (2009: 71), en el 2008, el 9.1% de la población colombiana había consumido drogas ilícitas al menos una vez en su vida, y al menos 300 mil de ellas lo hacían de manera abusiva o dependiente⁶. Aunque no todo consumo es problemático, esto llama la atención sobre la necesidad de que el Estado cuente con políticas que permitan, en un marco respetuoso de los derechos humanos, evitar los riesgos y daños que pueden derivarse del consumo de sustancias estupefacientes controladas.

En este documento exploramos cuál es la respuesta del Estado frente a los usuarios de estas sustancias, a partir de la identificación y revisión de la normatividad y políticas públicas vigentes en la materia, y el análisis de la forma como estas son efectivamente aplicadas en la realidad. Nos concentramos específicamente en dos componentes principales de esa respuesta: la atención y tratamiento de los consumos problemáticos y el tratamiento policial y judicial a los usuarios. Este énfasis obedece a que durante la mayor parte del siglo pasado la respuesta estatal a este fenómeno fue represiva e incluía tanto la judicialización por el porte de sustancias como el tratamiento obligatorio para quienes fueran considerados adictos. Y aunque el énfasis represivo ha tendido a variar a partir de la despenalización de la dosis de uso personal en 1994, estos dos componentes nos permiten analizar los enfoques generales de la respuesta estatal, y los alcances y límites de la misma.

¹ Este documento es una versión resumida de Uprimny, et. Al. 2014. Agradecemos los valiosos comentarios de los investigadores/as del CEDD, así como los de Coletta Youngers (WOLA) y Mauricio Albarracín (Universidad de los Andes)

² Director del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad- Dejusticia y profesor de la Universidad Nacional de Colombia

³ Coordinadora de investigaciones del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad- Dejusticia y profesora de la Universidad Nacional de Colombia

⁴ Investigador del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad- Dejusticia

⁵ Investigadora del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad- Dejusticia.

⁶ Estudios más recientes (Comunidad Andina de Naciones 2013: 69) sugieren que las anteriores cifras pudieron haber crecido en los últimos años, pues indican que 1 de cada 6 estudiantes universitarios en Colombia (es decir, el 16,7%) consumieron alguna droga ilícita en el último año y, de esta cifra, el 29% son consumidores problemáticos.

Nuestros presupuestos conceptuales son fundamentalmente tres. En primer lugar, la idea de que en un Estado Democrático el consumo de drogas de uso ilícito por parte de mayores de edad⁷ es una actividad amparada por la autonomía y por tanto no puede ser penalizada, a menos que afecte derechos de terceros.⁸ Sin embargo, dado que puede tener consecuencias negativas para la salud y que algunos consumos pueden tornarse en problemáticos, el Estado está llamado a desarrollar políticas de diversa naturaleza para disuadir y reducir riesgos y daños. En segundo lugar, consideramos que toda política desarrollada en este tema debe tener un enfoque de derechos humanos y alejarse de los estereotipos que han guiado la respuesta del Estado en los últimos años, a partir del prohibicionismo. Y, en tercer lugar, asumimos que existen diferentes tipos de consumo y que el Estado debe actuar de manera diferenciada frente a ellos⁹.

Nuestro análisis parte de una metodología que involucra diversos métodos, incluyendo el análisis de los marcos normativos, registros administrativos y bases de datos cuantitativas, así como la visita a centros de tratamiento para personas con consumos problemáticos, la observación de audiencias judiciales, y la realización de 79 entrevistas semiestructuradas a expertos, usuarios de drogas, policías, fiscales, jueces, directores de centros de tratamiento y funcionarios de entidades de salud en Bogotá, Medellín y Cali¹⁰. A continuación presentamos los resultados de la investigación en tres partes: i) la presentación del marco normativo y política pública vigente sobre la materia ii) la respuesta estatal en materia de atención en salud y rehabilitación, y iii) la respuesta del sistema policivo y judicial frente a los usuarios de sustancias controladas.

⁷ El uso de sustancias psicoactivas por parte de menores de edad, sean legales o no, entran dentro de la categoría de consumos problemáticos. Sin embargo, su abordaje exige tener en cuenta particularidades que exceden el propósito de este trabajo, razón por la cual en este documento únicamente nos referimos al consumo en personas adultas.

⁸ Esta es la idea fundamental que orienta la Sentencia C-221 de 1994, como veremos más adelante.

⁹ Así, es posible distinguir entre consumos no problemáticos y problemáticos. Los primeros hacen referencia a aquellos que llevan a cabo personas adultas y que no afectan su vida y salud, ni derechos de terceros. Esto ocurre, por ejemplo, con los consumos recreativos. Los problemáticos, por su parte, son: i) aquellos que generan riesgo a terceras personas (p. ej. conducir bajo los efectos del alcohol o la marihuana); y ii) los consumos que afectan de manera significativa la salud y la vida cotidiana de las personas, al punto de dejar de ser funcionales. Mientras que frente a los no problemáticos el Estado podría solamente llevar a cabo algunas acciones disuasivas, frente a los segundos podría y debería desarrollar políticas destinadas a, por ejemplo, sancionar las actividades riesgosas, y adoptar estrategias de prevención, mitigación y superación. Esta definición de tipos de consumo es una propuesta desarrollada por los autores a partir de el informe de la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2013: 18-20).

¹⁰ La selección de estas ciudades se justifica, principalmente, por sus altas tasas de consumo. Según el MPS y la DNE (2009: 69), los porcentajes de consumo prevalente durante el último año alcanzan a ser de 7.93% en Antioquia, 5.24% en Valle y 4.76% en Cundinamarca (incluyendo Bogotá), siendo los más altos en el país. Además, según el último diagnóstico sobre centros de tratamiento a consumidores problemáticos (MPS, 2004: VI), la concentración de estos servicios se presenta en estos tres Departamentos y en Risaralda. Por lo tanto, la delimitación geográfica se explica por su representatividad tanto en las cifras de consumo de drogas, como en los datos de prestación de servicios de rehabilitación.

1. Marco normativo y de política pública sobre el consumo

La respuesta fundamentalmente punitiva sobre el consumo que caracterizó gran parte del siglo XX (Uprimny, et.al. 2014) empezó a cambiar en 1994 con la sentencia C-221 de la Corte Constitucional. Este fallo estableció que el consumo de drogas ilícitas, y en consecuencia el porte para uso personal, no podían ser penalizados y que tampoco podría obligarse a las personas a recibir un tratamiento de manera compulsiva. Aunque dicha despenalización estaba limitada a las cantidades definidas legalmente como dosis de consumo personal (en adelante DCP)¹¹, desde el año 2008 la Corte Suprema de Justicia ampliaría los alcances del fallo con la definición de la “dosis de aprovisionamiento”, entendida como aquella cantidad de sustancia controlada que a pesar de superar *levemente* la DCP, sigue teniendo una finalidad de uso personal y que, en consecuencia, impide ejercer la acción penal ¹²

Pese a lo anterior, las críticas a la despenalización del consumo llevaron a que el Congreso de la República aprobara el Acto Legislativo 02 de 2009, el cual elevó a rango constitucional la prohibición del consumo de drogas de uso ilícito. Adicionalmente, en 2011 se aprobó la Ley 1453, que eliminó la disposición del Código Penal que exceptuaba la penalización del porte de sustancias psicoactivas en cantidad de dosis personal. Con estas reformas parecía que Colombia volvía a la penalización del porte de la dosis personal para consumo. Sin embargo, nuevamente la Corte Constitucional mediante sentencia C-574 de 2011, aclaró el panorama normativo nacional, al reafirmar que en Colombia no es posible, desde el punto de vista constitucional, penalizar el porte para consumo, incluso cuando se trata cantidades superiores a la dosis personal. Este criterio ha sido también asumido por la Corte Suprema de Justicia en sus fallos recientes.

En el ámbito de la atención en salud al consumo de drogas ilícitas, el Estado implementó al menos tres medidas importantes en el nivel nacional. En primer lugar, la

¹¹ El art. 2. J. de la Ley 30 de 1986 –el Estatuto Nacional de Estupefacientes– define el concepto de dosis para uso personal como “(...) la cantidad de estupefaciente que una persona porta o conserva para su propio consumo. Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís la que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo, y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos. No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad”.

¹² Corte Suprema de Justicia. Sala de casación penal. Sentencia del 8 de julio de 2009. Proceso No. 31531. M.P. Yesid Reyes Bastidas. En este caso la Sala de casación penal examinó la sentencia proferida por el Tribunal de segunda instancia en contra de una persona que fue capturada portando 1.3 gramos de cocaína; es decir, que sobrepasaba la DCP en un 33%.

Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto –PNRCSI- de 2007, que aborda integralmente la problemática mediante cuatro ejes operativos: la prevención del consumo, la mitigación, la superación y la creación de capacidad de respuesta. En segundo lugar, las resoluciones ministeriales (1315 de 2006 y 1441 de 2013) que definen los criterios de habilitación de los servicios de tratamiento de consumos problemáticos. Y, en tercer lugar, la Ley 1566 de 2012, que ordena que toda patología derivada del uso de estas sustancias sea atendida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que los medicamentos, tratamientos o procedimientos médicos necesarios sean incluidos en los Planes Obligatorios de Salud –POS- en un término de 12 meses contados a partir de la vigencia de la norma (31 de Julio de 2012).

Estos elementos permiten afirmar que en Colombia el consumo está prohibido, pero no penalizado. Además, a partir de la jurisprudencia y desarrollos normativos más recientes, los consumidores tienen derechos que deben ser garantizados por el Estado, y la respuesta represiva debe ceder frente a una que enfatice el componente de salud pública y reducción de daños. Sin embargo, el marco constitucional y legal tiene algunas ambigüedades que pueden afectar la satisfacción de los derechos de los usuarios. Estas incluyen tanto la prohibición constitucional, como una serie de definiciones y tipificaciones que impiden, entre otros elementos, reconocer que hay diferentes tipos de consumos y de sustancias, y que penalizan de manera similar el simple porte y el tráfico. En la siguiente sección del documento nos preguntamos cómo funciona este marco normativo y de política en la práctica.

2. Consumo de sustancias psicoactivas controladas y sistema judicial

A pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas controladas no se encuentra penalizado en Colombia, la evidencia sugiere que hay usuarios que por el solo hecho de portar, pueden terminar siendo procesados por el sistema judicial penal. Por esta razón, a continuación analizamos las condiciones prácticas bajo las cuales el consumidor puede ser perseguido policialmente e incluso judicializado. Para ello, presentamos una descripción del punto de vista de policías, fiscales y jueces en relación con la forma como interpretan y actúan frente al porte para consumo de drogas de uso ilícito. En primer lugar, explicaremos qué ocurre en los casos de porte de sustancias en cantidades consideradas legalmente como DCP; y en segundo lugar, analizaremos lo que sucede en casos en donde el porte supera dichas cantidades y suelen asociarse al tráfico de estupefacientes.

A pesar de que el **porte de drogas ilícitas en cantidad de DCP** no está penalizado, la policía de vigilancia suele incautarlas para cumplir con objetivos institucionales previamente definidos. Según entrevistas realizadas a patrulleros de la Policía Nacional, estos objetivos se establecen semanalmente y por zonas de acción en las *Tablas de acciones mínimas requeridas* (TAMIR), y su cumplimiento se logra por acumulación de las sustancias incautadas. Es decir que para los agentes de policía, representa un positivo útil el decomiso de cualquier cantidad de sustancia de uso ilícito portada, incluso cuando no excede los parámetros legales de la dosis mínima.

El contacto de la Policía con consumidores de drogas de uso ilícito también puede darse a través de las peticiones de la ciudadanía, las cuales suelen relacionar el consumo de drogas con la inseguridad¹³. A partir de las entrevistas realizadas a consumidores y policías constatamos, al igual que Lemaitre y Albarracín (2011 pp. 254 y 255), que la persecución que hace la policía a usuarios de sustancias controladas afecta de forma desproporcionalmente más fuerte a las personas que cumplen con ciertos perfiles (hombres jóvenes de bajos estratos socioeconómicos e indigentes) que son asociados con problemas para la seguridad tales como hurtos, atracos, riñas y quejas de la comunidad. Los estereotipos no provienen únicamente de la ciudadanía, sino que los mismos agentes de policía en ocasiones ejercen su autoridad de forma más severa sobre algunas personas que sobre otras; por ejemplo, sometiendo a ciertas personas a una requisa y no a otras.

Una vez que la policía de vigilancia advierte un caso de porte de drogas, puede dejar ir a la persona, retenerla administrativamente o llevarla a la fiscalía para que se determine si procede o no iniciar la investigación penal. El primer caso tiende a ocurrir cuando la dosis que porta la persona claramente se encuentra dentro de la dosis de consumo personal; y el tercer caso ocurre, en cambio, cuando dicha cantidad parece exceder la dosis legal permitida. Por su parte, la retención administrativa procede en los casos en los que los policías consideran que la persona se encuentra en un estado de excitación tal que es necesario retenerla para evitar que cometa alguna infracción a la ley penal. En Cali y Medellín las retenciones se realizan en las Estaciones de Policía o en algunas ocasiones en los CAI¹⁴, pese a que estos lugares no constituyen sitios idóneos para la protección de las personas a las que se retiene transitoriamente según lo dijo la Corte Constitucional en sentencia C-720 de 2007. Por su

¹³ Según las encuestas de Ciudades Cómo Vamos 2012, un alto porcentaje de los encuestados reportó que “el tráfico/drogadicción” era uno de los problemas más graves de seguridad en sus barrios (34% de los encuestados en Medellín, 47% en Cali y 50% en Bogotá).

¹⁴ Los Centro de Atención Inmediata –CAI–, son unidades de policía pequeñas, que tienen como objetivo acerca la policía a la comunidad de todas las zonas de la ciudad.

parte, Bogotá cuenta con un establecimiento específicamente destinado a la retención transitoria, la Unidad Permanente de Justicia –UPJ-. Sin embargo, los testimonios de los consumidores coinciden en que el trato que han recibido de los policías para llevarlos a ese lugar, así como también durante su estadía, es violento y denigrante.¹⁵

Aunque las normas de policía habilitan las retenciones transitorias, su problema radica en la amplia libertad que le otorgan al agente de policía de decidir a quiénes retener, por qué razones, por cuánto tiempo (en cualquier caso, siempre menos de 24 horas) y bajo qué condiciones. Así, los consumidores entrevistados señalaron que cuando entraron en contacto con la policía sintieron vulnerados sus derechos por dos razones principales. Por un lado, los abusos de poder por parte de algunos patrulleros. Y por el otro, las detenciones con finalidades de corrupción. Sobre este último problema, los entrevistados señalaron unánimemente que la razón que había impulsado a la policía a detenerlos o demorarlos en el abordaje había sido que les habían querido pedir dinero.

De otra parte, en los casos en que la **cantidad de sustancia excede la DCP**, la Policía suele llevar a los usuarios de drogas a las Unidades de Reacción Inmediata de la Fiscalía (URI). De esta forma se da por terminada la fase policial y comienza la fase de investigación que es seguida por la judicial. Sin embargo, el principal problema que afrontan las personas consumidoras de sustancias controladas en estas dos etapas es la inseguridad jurídica reproducida por fiscales y jueces, que no permite prever cuándo se está ante un caso de porte de drogas con finalidad de consumo y cuándo ante uno de porte de drogas con finalidad de tráfico, ni cuál es la sanción a aplicar en ambos escenarios.

La Fiscalía General de la Nación ha adoptado una política de gestión de los procesos (Directiva 01 de 2012), basada en la priorización de los casos más graves, enfocándose en los casos de tráfico de drogas más que en los de porte, y en los casos de portes de mayores cantidades sobre los pequeños portes. Sin embargo, la recepción de la idea de darle cabida a la priorización en el procesamiento de los delitos de estupefacientes ha sido muy variada. Todavía hay fiscales que disienten de la idea de la priorización frente a delitos relacionados con estupefacientes, pues tienen una convicción jurídica y moral de que incluso los casos de

¹⁵ En relación con las condiciones de retención en la UPJ un consumidor entrevistado señaló que quienes tienen que pasar la noche allá descubren que las condiciones no son las mismas para todos. Hay “playa baja”, que es el sitio más feo y en peor estado, donde más los humillan y donde usualmente están los habitantes de la calle; y “playa alta”, que también tiene muy malas condiciones pero es un poco “menos miedoso”. Además, señaló este usuario, como en cualquier cárcel no se sobrevive si no se tiene dinero. Entrevista a Ángel. Consumidor de sustancias psicoactivas, Bogotá, 31 de Julio de 2013.

mínimas cantidades de droga deben ser judicializados. Además, no lo aplican por temor a que con posterioridad puedan llegar a enfrentarse acciones judiciales en su contra por prevaricato.

La inseguridad jurídica generada por la diversidad de criterios que operan en la Fiscalía frente a casos de porte de estupefacientes también está presente en el ámbito judicial. Aunque los jueces entrevistados identificaron una serie de indicios para determinar cuándo se está ante un caso de tráfico, frente a los casos de porte no hay acuerdo sobre las cantidades que constituyen *dosis de aprovisionamiento*. Así, por ejemplo, mientras que una juez¹⁶ afirmó que en su despacho consideraban que exceder *levemente* la dosis personal podía incluir portes de aproximadamente hasta cinco veces la dosis personal, otro juez consideró que por *levemente* no podía pensarse en más que en portes que hasta doblaran la dosis de consumo personal¹⁷.

Finalmente, vale la pena mencionar que tanto los fiscales como los jueces entrevistados sostienen una idea generalizada de que la droga es para consumo cuando es un consumidor con problemas de adicción quien la porta. Es decir que, en el debate probatorio, equiparan la “calidad de adicto” con el “portar con la intención de consumo”, lo cual eliminaría la posibilidad de condenar a la persona por el delito de tráfico de estupefacientes. Por esa razón, una parte importante de la estrategia de defensa consiste en tratar de demostrar que el procesado tiene problemas de adicción a las drogas. Sin embargo, esto supone una restricción –no impuesta por las altas Cortes– al reconocimiento de otros consumos –los no problemáticos– como legales. En esa medida tiene razón uno de los usuarios de drogas entrevistados al afirmar que “(...) *para ejercer un derecho ciudadano hay que declararse adicto*”¹⁸.

3. El tratamiento y los usos problemáticos

El Estado colombiano tiene la obligación de respeto y garantía de los derechos de quienes usan estupefacientes controlados, y en particular de su derecho a la salud. Esto implica el deber de garantizar que exista una oferta suficientemente amplia de servicios de salud destinada a evitar que el consumo de drogas de uso ilícito genere daños desproporcionados en la salud de los usuarios, cumpliendo en todo momento con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que ha identificado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU¹⁹. En este documento nos centramos en los servicios de

¹⁶ Entrevista a Alexandra Correa. Juez penal del circuito de Cali. Rama Judicial. Cali. 20 de Junio de 2013.

¹⁷ Entrevista al Juez penal del circuito de Medellín. Rama Judicial. Medellín. Junio 17 de 2013

¹⁸ Entrevista a Juan. Usuario de sustancias psicoactivas. Bogotá. 25 de julio de 2013.

¹⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

rehabilitación, por constituir un componente que hasta ahora ha sido importante en la atención y tratamiento de los consumos problemáticos, y porque debido a la forma como se ha entendido, constituye un escenario en el que se pueden presentar violaciones graves a los derechos humanos.

Teniendo en cuenta esto, nuestra pregunta de investigación gira en torno a cuál es la respuesta estatal que existe actualmente en materia de rehabilitación frente al consumo problemático de drogas ilícitas. Para responder este interrogante retrataremos, a partir de la información recogida, el estado actual de i) la disponibilidad de los servicios de rehabilitación para consumidores problemáticos, ii) el control estatal y la calidad de los mismos, y iii) el acceso efectivo de la población usuaria de drogas.

En el ámbito de la **disponibilidad**, nos encontramos con que su oferta presenta las siguientes características. En primer lugar, se encuentra concentrada en las grandes ciudades. Según el Ministerio de Protección Social (2004), en 2004 tan solo en 84 de los más de mil municipios colombianos, funcionaba al menos un centro de tratamiento. En el mismo sentido, en 2013, según el registro de prestadores de servicios de salud, los servicios para atender el consumo de drogas solo estaban presentes en 25 de los 32 Departamentos del país, y la gran mayoría se concentraba en las ciudades capitales.

En segundo lugar, los servicios de tratamiento para rehabilitación son en su mayoría de carácter privado. En 2004, según el MPS, el 82.3% de los centros de tratamiento que operaban en el país eran de carácter privado, el 13.4% era público y un 4% de naturaleza jurídica mixta. Estas dos primeras características llaman la atención sobre los posibles límites en la disponibilidad de la oferta y su accesibilidad, pues habría barreras geográficas y económicas para que todas las personas con consumos problemáticos que desean acceder a tratamiento lo puedan hacer.

En tercer lugar, la oferta se caracteriza por la variedad de enfoques de intervención. Evidencia de ello es que el Ministerio de la Protección Social (2004) encontrara que el 27.4% de estos centros se identificaran como religiosos, el 61.8% como laicos y el 10.8% como mixtos. De igual manera, de las entrevistas realizadas en centros de tratamiento, encontramos una gran variedad de modelos de intervención que van desde el clínico integral, hasta modelos basados en la ciencia, pasando por comunidades terapéuticas, teoterapia, y otros modelos alternativos.

Por último, la cuarta característica de la disponibilidad real de los servicios de tratamiento, es que de conformidad con las entrevistas realizadas, la mayoría de los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) operan en el país de manera clandestina al no estar

habilitados legalmente²⁰ para prestar servicios de tratamiento a consumidores de drogas. Algunos entrevistados afirmaron, por ejemplo, que el 80% de los CAD en Antioquia no se encuentran avalados legalmente²¹, que 180 de los 201 centros que operan en el Valle del Cauca no están habilitados²² y que tan solo el 25% de los CAD en Colombia han cumplido con el proceso de habilitación²³. Estas características tienden a afectar la calidad del tratamiento, pues se trata de aspectos no controlados por el Estado, que se prestan para generar respuestas inadecuadas.

Respecto al *control estatal y la calidad de los servicios de tratamiento*, las funcionarias de entidades de salud departamentales y municipales entrevistadas identificaron cuatro problemas institucionales que afronta el sistema de vigilancia y control sobre los centros de tratamiento: i) la falta de una coordinación institucional efectiva entre las entidades de salud municipales y las departamentales, ii) la falta de capacidad institucional suficiente (especialmente recursos humanos) para realizar búsquedas activas de centros no habilitados, iii) debido a que algunos de los centros ilegales operan en zonas rurales y lejanas, la posibilidad de visitarlos es mucho más complicada, y iv) la dificultad de clausurar los centros no habilitados es que no se sabe qué hacer con los pacientes que allí se atienden.

En general, el control estatal a los centros de tratamiento parece insuficiente, en especial tratándose de los clandestinos, que como lo mencionamos, constituyen la mayoría. Tal vez por esta razón es que encontramos en la investigación indicios importantes de que persisten prácticas de violación de derechos humanos en perjuicio de los usuarios de drogas ilícitas en algunos centros de tratamiento. Al respecto, los entrevistados mencionaron haber tenido conocimiento de agresiones y abusos ocurridos en estos centros. Entre las prácticas reportadas se incluyen terapias de choque, casos de violación sexual en centros que operan en Bogotá, amarrar a los pacientes a palos de madera durante varios días bajo los rayos del sol de Valledupar, y tratamientos compulsivos a usuarios de drogas sin diferenciar entre consumos

²⁰ El Ministerio de Salud ha expedido dos resoluciones (la 1315 de 2006 y la 1441 de 2013) que establecen los requisitos formales para la habilitación de los CAD (p. ej. características mínimas que deben cumplir las habitaciones en los centros residenciales). Para habilitarse legalmente, cada centro de tratamiento debe presentar una solicitud ante la autoridad de salud territorial correspondiente, quien se encargará de verificar el cumplimiento de los requisitos formales fijados por las resoluciones ministeriales, y posteriormente registrará el establecimiento como Centro de Atención en Drogadicción (CAD).. Sin el cumplimiento de este procedimiento, estos establecimientos no serán reconocidos por el sistema de salud colombiano, ni podrán ser considerados prestadores de servicios de salud para usuarios de drogas

²¹ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 2., Medellín, 17 de Junio de 2013.

²² Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 5., Cali, 20 de Junio de 2013.

²³ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 13., Bogotá, 30 Julio 2013. Estas cifras no necesariamente están respaldadas en estudios. Son cálculos que realizan los entrevistados según su experiencia en el medio y que han identificado en diferentes eventos en los que han participado.

recreativos y problemáticos. Sobre este último, en una comunidad terapéutica entrevistada aceptaron haber realizado en el pasado tratamientos forzados:

“(…) hacíamos terapia de choque, muy fuerte, en donde uno estaba atacando al joven en todo momento en todo lugar. Hicimos forzados también, en donde me llamaba el familiar, me decía en qué parte de Bogotá se encontraba el muchacho y yo me iba con otros dos, lo traíamos amarrado a las buenas, a las malas, eso se llama tratamientos forzados. Que en Bogotá hay varias fundaciones que funcionan así. Entonces teníamos amarrado a uno en el lavadero, otro en el segundo piso, otro en la cama. Pero de esos jóvenes ninguno se recuperó.”²⁴

Aunque no podemos afirmar que estos casos son generalizados o exclusivos de ese tipo de centros de tratamiento, sí deberían llamar la atención del Estado sobre la necesidad de fortalecer las políticas de control respecto de estos servicios de salud.

Finalmente, frente al **acceso efectivo al tratamiento**, encontramos que a pesar de tratarse de un servicio de salud cubierto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los usuarios deben o bien costear el precio de las intervenciones, o bien interponer acciones de tutela para acceder a las mismas. Esto ocurre porque, según los centros de tratamiento entrevistados, algunas Entidades Prestadoras de Salud (EPS) todavía se resisten a cubrir los programas de tratamiento por ser largos y costosos, o lo hacen parcialmente.

Adicionalmente, identificamos que la oferta de servicios de rehabilitación de consumos problemáticos es muy reducida para grupos en situaciones particulares de vulnerabilidad. Así, por ejemplo, a pesar de que la demanda de servicios de tratamiento para mujeres ha aumentado, no tienen acceso a muchos centros de tratamiento, pues buena parte de ellos son exclusivamente masculinos. En cuatro CAD entrevistados explicaron que no atienden mujeres porque generaría mayores costos institucionales y porque pueden surgir romances entre pacientes. Sin embargo, esta situación constituye una barrera de acceso para las mujeres consumidoras, quienes tienen derecho a recibir un tratamiento diferenciado que tenga en cuenta los factores de exclusión y estigma que operan sobre ellas²⁵.

De igual manera, los habitantes de calle, las personas con VIH/SIDA y la comunidad LGBTI enfrentan barreras de acceso a los centros de tratamiento. Los primeros, porque no cuentan con la documentación personal necesaria para ingresar al sistema de salud y no hay la

²⁴ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 11., Bogotá, 23 de Julio de 2013.

²⁵ Por ejemplo, según una entrevistada de una reconocida fundación de Bogotá, hay razones culturales que hacen que el proceso de reconocimiento del consumo por parte de las familias sea más complejo frente a las mujeres, pues son asociadas a la figura de madre transmisora de valores y eso lleva a que sus redes de apoyo familiar sean mucho más débiles que las que tienen los hombres²⁵. De igual manera, la misma entrevistada indicó que muchas pacientes deben afrontar solas difíciles procesos administrativos para recuperar la custodia de sus hijos que les fue arrebatada con motivo de sus consumos problemáticos, lo que confirma que se trata de una población de gran vulnerabilidad y con barreras para terminar adecuadamente un tratamiento de rehabilitación.

coordinación interinstitucional suficiente para solucionar este problema. Los segundos, porque hay algunos CAD que niegan el acceso a personas con enfermedades infectocontagiosas porque generarían mayores costos institucionales y en ciertos casos generaría el rechazo de los demás pacientes. Y los terceros porque hay algunos centros con políticas institucionales abiertamente discriminatorias por razones de orientación sexual, como lo comentaron en una comunidad terapéutica basada en teoterapia:

“Me llegó un señor normal, pero empezaron a pasar los días y empezamos a darnos cuenta. Le dije no, usted no puede estar acá, ellos duermen acá. Imagínese, nosotros con menores de edad, entonces yo tomé la decisión de que no era sabio tenerlo. No porque tenga algo contra los homosexuales, sino porque las personas que tienen problemas con adicción son débiles en su carácter, entonces es muy complicado ahí.”²⁶

4. Conclusiones

En los últimos años Colombia ha experimentado cambios significativos a nivel normativo y de políticas públicas en la forma como se concibe el consumo de drogas ilícitas, pasando de un enfoque eminentemente represivo, a uno que lo concibe como un asunto de salud pública. Así, en la actualidad, el consumo no se encuentra penalizado, a pesar de que existe una disposición constitucional que lo prohíbe (artículo 49 CN). Además, este giro ha estado acompañado también por la adopción de políticas públicas que conciben el consumo como un tema de salud pública, como la adoptada en 2007.

Sin embargo, a pesar de estos avances, la respuesta estatal frente a los consumidores sigue teniendo limitaciones importantes. Por ejemplo, en la práctica, en materia judicial, aunque el consumo no está penalizado, los usuarios pueden ser criminalizados y recibir penas altas por el simple hecho de portar, ello dentro de un proceso penal con serios problemas de inseguridad jurídica en sus fases investigativa y judicial. Además, incluso si no son criminalizados, pueden ser detenidos por la policía, bien sea con el fin de incautar las sustancias que llevan consigo para que los agentes de policía cumplan con los objetivos institucionales de la semana, o bien con el ánimo de retenerlos transitoriamente en unidades especiales o en estaciones de policía. Todo esto en medio de casos reportados de abuso de poder y corrupción por parte de las autoridades policivas.

En materia de salud, los consumidores también enfrentan situaciones que amenazan sus derechos. En efecto, aunque el ordenamiento jurídico colombiano ha reconocido que los

²⁶ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 11., Bogotá, 23 de Julio de 2013.

usuarios de drogas de uso ilícito son titulares de derechos, como acceder a tratamiento voluntario, y que existe una política nacional frente al consumo que incorpora componentes fundamentales para hacerlos efectivos, la oferta real en materia de tratamiento enfrenta múltiples limitaciones. Así, por ejemplo, está fuertemente concentrada en las ciudades y hay un enorme sub registro, que permite que existan múltiples centros clandestinos que escapan por completo al control del Estado. Además, incluso aquellos que están registrados oficialmente reciben un control precario por parte de la institucionalidad oficial. En efecto, la acreditación de los centros de atención es brindada por el Ministerio y las instituciones competentes cuando se comprueba el cumplimiento de requisitos formales básicos, pero no se toma en cuenta la calidad del tratamiento y de la atención recibida por parte de los usuarios. De esta forma, aunque está de por medio el derecho a la salud de los consumidores de drogas de uso ilícito, no hay garantías plenas para el cumplimiento efectivo de todos los componentes del derecho, en especial en lo que tiene que ver con disponibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Bibliografía

- Bernal, C, Guzmán, D y Uprimny, R (2014). “En Uprimny, R. et al. Entre el estigma y el derecho: consumo de drogas y respuesta estatal en Colombia. Dejusticia. Bogotá: 2014.
- Camacho, A., Gaviria, A., y Rodríguez, C. (2011). “El consumo de droga en Colombia” en Daniel Mejía et al. *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*; Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2013). Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas. Bogotá. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/Lineamientos5318-CA.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.Sp)
- Comunidad Andina. (2013). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Colombia, 2012. Lima: CAN.
- Consorcio Internacional sobre Política de Drogas – IDPC. (2012). Guía sobre Política de Drogas. Disponible en: http://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Guia-sobre-politicas-de-drogas_Segunda-edicion.pdf

- Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Justicia y del Derecho (2012). Gasto del Estado colombiano frente al problema de las drogas 2010. Bogotá: Autores.
- Fiscalía General de la Nación (2005). Química Forense. Dirección Nacional del CTI. Bogotá: Fiscalía General de la Nación. Disponible en: <http://criminalistica-odg.wikispaces.com/file/view/Manual+de+Quimica+Forense.pdf>
- García, M. (1991). “Eficacia simbólica y narcotráfico en Colombia”, en VV.AA. Las drogas bajo tres nuevos enfoques analíticos: De la narcodiplomacia y la simbología jurídica a la industria del placer. Bogotá: CEI, UniAndes.
- Gaviria, A. (2011). “El consumo de droga en Colombia”, en Daniel Mejía et al. *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*; Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Guzmán, D. E. y Uprimny, R. (2010). “La prohibición como retroceso. La dosis personal en Colombia” en TNI – WOLA, Serie de reforma legislativa en materia de drogas, 4.
- International Drug Policy Consortium -IDPC (2012). Guía sobre política de drogas. Londres: IDPC. Disponible en: http://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Guia-sobre-politicas-de-drogas_Segunda-edicion.pdf
- La Rota, M. y Bernal, C. (2014). Seguridad, Policía y Desigualdad. Encuesta ciudadana en Bogotá, Cali y Medellín. Bogotá: Dejusticia.
- Lemaitre, J. y Albarracín, M. (2011). “Patrullando la dosis personal: la represión cotidiana y los debates de políticas públicas sobre el consumo de drogas ilícitas en Colombia”; en: Daniel Mejía et al. *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*; Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Mejía, D. y D. M. Rico. (2011). “La microeconomía de la producción y tráfico de cocaína en Colombia”, en Daniel Mejía et al. *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*; Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011. Disponible en: http://www.odc.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Estudio%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Escolares%202011.pdf
- Ministerio de la Protección Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Ministerio de la Protección Social (2004). Diagnóstico Situacional. Instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia.

- Elaborado por Inés Elvira Mejía Motta. Disponible en:
<http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Diagnostico%20situacional.pdf>
- Ministerio de la Protección Social –MPS- y Dirección Nacional de Estupefacientes –DNE (2009). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2008. Bogotá: Editora Guadalupe S.A
- ONUDD (2013). Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
- Policía Nacional de Colombia (2010). Compendio de los lineamiento generales de política para la Policía Nacional de Colombia. Bogotá: Policía Nacional de Colombia.
- Uprimny, R. et al. Entre el estigma y el derecho: consumo de drogas y respuesta estatal en Colombia. Dejusticia. Bogotá: 2014.
- United Nations, Human Rights Council (2013). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. 1 Febrero. A/HRC/22/53
- Vargas Trujillo, E., Gambará D’Errico, H. y Hernández, J.M. (2003). Evaluación de un servicio telefónico de información sobre el consumo de sustancias psicoactivas: una experiencia colombiana. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 3, 633-644.

LA RESPUESTA SANITARIA FRENTE AL USO ILÍCITO DE DROGAS EN ECUADOR

Jorge Vicente Paladines

Resumen: La presente investigación analiza las diversas fases de los derechos sociales de las personas que usan ilícitamente drogas en Ecuador. Parte del empleo de la medicina preventiva para preguntar si los enfoques primarios, secundarios, terciarios y cuaternarios son respetados y si se protegen los derechos de los consumidores; por ende, desde el deber ser, cualquier usuario ilícito de drogas debería recibir la información adecuada, la identificación como grupo de atención prioritaria, la prestación del servicio público de salud; y, la evitación a toda costa de no ser criminalizado.

I.- Introducción: de la despenalización penal a la despenalización social

De forma paralela y subalterna, mientras la Constitución prohíbe remitir al sistema penal a las personas que usan ilícitamente drogas (Art. 364), la Ley 108 de Sustancias Estupefacientes o Psicotrópicas, en su artículo 62, criminaliza el hecho de “tener” o “poseer” sustancias sujetas a fiscalización¹. En lo que va del 2014, se encuentran condenadas por este delito 5.103 personas². Frente a estos hechos contrafácticos, el 17 de mayo de 2013, la Organización de Estados Americanos (OEA) publicó el informe intitulado “El problema de las drogas en las Américas”. En él, además de insistir en la revisión de las políticas y legislaciones en favor de una urgente despenalización fáctica del consumo ilícito, se refuerza el enfoque de la salud pública, centrando la discusión en el tratamiento y la rehabilitación de sus usuarios.

La despenalización del consumo ilícito de drogas es un estándar que impone a nuestros estados el empleo de la política sanitaria en lugar de la vía punitiva. No obstante, ¿cómo ha aplicado el estado ecuatoriano el derecho a la salud de los usuarios de drogas?, ¿cuáles han sido las políticas sanitarias para abordar este problema?, ¿existe un sesgo prohibicionista en el enfoque social del consumo ilícito de drogas?; y, ¿son estatales los tratamientos? A partir de estas interrogantes se analizarán las condiciones socio-jurídico y políticas en que se desarrollan los derechos de los usuarios de drogas de uso ilícito en Ecuador, mediante el empleo metodológico de las fases de la *medicina preventiva*. Se usarán como etapas de análisis los enfoques primarios, secundarios, terciarios y cuaternarios para el tratamiento público de

¹ La pena por *tenencia* o *posesión* según el artículo 62 de la Ley 108 es de doce a diez y seis años de reclusión mayor extraordinaria.

² Sistema de Gestión Documental por Procesos (SGDP) de la Defensoría Pública del Ecuador en cruce de información con el Observatorio de Drogas del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), desde enero de 2007 hasta el 11 de febrero de 2014.

las enfermedades. Estos, a su vez, deben cumplir con tres grandes obligaciones que la Organización Mundial de la Salud direcciona a los estados (OMS, 2008: 37-41): respetar (el disfrute de derechos), proteger (que terceros no interfieran en el derecho a la salud) y realizar (toda medida política o legislativa para impulsar el derecho).

La prevención primaria apuesta por la información y generación de conciencia sobre los eventuales daños que produce el consumo de drogas. Con la prevención secundaria, se muestran los grupos sobre los cuales existen posibles prácticas de consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas. La prevención terciaria, por su parte, implica ejecutar los programas de tratamiento terapéutico de las dependencias. Finalmente, con la prevención cuaternaria, se suspende o elimina el curso causal de los excesos del tratamiento cuando éstos dejan de ser efectivos, abriendo otras posibilidades para abordar los problemas sobre los usos ilícitos. Al final, se trata de observar cómo, en los hechos, lo social y lo político podrían estructurar una dimensión paralela frente a la criminalización del consumo ilícito de drogas, lo que nos conduce a sospechar que algunas funciones del prohibicionismo penal podrían reaparecer en la práctica sanitaria.

Gráfico 1. Derechos de los usuarios drogas de uso ilícito



Fuente: Elaboración propia

II.- La prevención primaria y el silencio de los usos ilícitos

El primer eslabón dentro de las políticas sociales de prevención de drogas se asienta en las múltiples campañas para la promoción de los derechos en cuanto a la prevención del consumo lícito e ilícito. Los metamensajes, en este sentido, parten del *ethos* de preservar “la salud física y moral de la humanidad” que las convenciones internacionales sobre drogas de 1961 y 1971 han incorporado en sus preámbulos para proscribir el denominado “uso indebido”. De esta forma, a pesar que el consumo de alcohol y tabaco –así como de una serie de alimentos como azúcares y grasas– también pueden provocar dependencias, la vigente Ley Orgánica de Salud del Ecuador prohíbe *enfáticamente* el consumo recreativo o voluntario de sustancias estupefacientes y psicotrópicas³, tal como lo señala su artículo 51 que dice:

“Está prohibido la producción, comercialización, distribución y *consumo* de estupefacientes y psicotrópicos y otras sustancias adictivas, *salvo el uso terapéutico y bajo prescripción médica*, que serán controlados por la autoridad sanitaria nacional, de acuerdo a lo establecido en la legislación pertinente.” (Cursivas fuera de texto)

Cuando las normas descartan el uso voluntario o recreativo de drogas sujetas a fiscalización y reducen el uso al control medicinal, científico o terapéutico, se desarrolla un solo marco ético para su prevención. En consecuencia, se niegan otras subjetividades y modelos de intervención que hubiesen incorporado de forma integral y conjunta diversos procesos de información, en aras de hacerlos más inclusivos. Se genera entonces un binarismo que enfoca con contundencia los mensajes de riesgo a quienes *no deben ser* consumidores sin incluir a quienes *también lo son*.

Sin embargo, esto ha provocado un ambivalente panorama de la prevención, pues mientras el expendio de alcohol para niñas, niños y adolescentes está prohibido, al mismo tiempo que su venta para adultos a partir de determinadas horas⁴ –según el Decreto Ejecutivo No. 1470⁵–, las campañas en favor del consumo de cerveza resaltan de los auspicios de la

³ La Ley Orgánica de Salud Pública del Ecuador (LOS) entiende por sustancias estupefacientes y psicotrópicas a las denominadas *drogas ilegales*. Sin prohibir absolutamente su consumo, le da un tratamiento diferenciado al tabaco y a las bebidas alcohólicas a través de distintas normas para su prevención, tal como lo señalan sus artículos 39 y 46.

⁴A partir de las 00:00 de lunes a jueves, las 02:00 de los viernes y sábados, y en las veinticuatro horas de todos los domingos.

⁵ El artículo 40 de la LOS señala: “*Se prohíbe la distribución o entrega de productos de tabaco, sea a título gratuito u oneroso, a personas menores de 18 años; así como su venta y consumo en establecimientos educativos, de salud y de expendio de medicamentos*”.

Selección Ecuatoriana de Fútbol⁶, violando expresamente lo establecido en el artículo 48 de la misma Ley Orgánica de Salud:

“La publicidad de bebidas alcohólicas por ningún motivo se vinculará a la salud, *al éxito del deportivo* o a la imagen de la mujer como símbolo sexual. La autoridad sanitaria nacional vigilará y controlará el cumplimiento de esta disposición” (Cursivas fuera de texto).

Imagen 1. Selección Ecuatoriana de Fútbol auspiciada por cerveza Pilsener



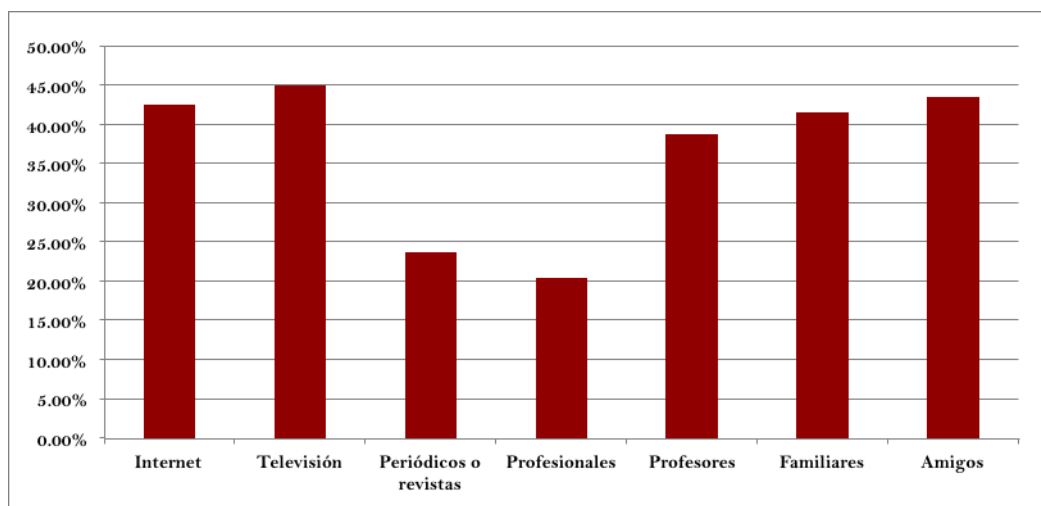
Foto de la Selección Ecuatoriana de Fútbol y su auspiciante la cerveza Pilsener⁷

Directa, indirecta o subliminalmente, la población es informada sobre el uso de drogas a través de fuentes como la televisión, internet, familiares o amigos, mediante un cargado lenguaje de prejuicios y mitos sobre sus usos sin importar las experiencias reales de los usuarios (Tenorio, 2009: 41-51). De esta forma, el 45% de los estudiantes encuestados al 2012 en Ecuador aseguraron que la información sobre drogas les llegó a través de la televisión; el 43,5% mediante comunicación con los amigos; el 42,5 a través del internet y redes sociales; el 41,5% por vía de familiares como padres y hermanos; el 38,7% mediante algunos profesores de colegio; el 23,7% a través de revistas o periódicos; y, finalmente, el 20,4% a través de profesionales preparados para la prevención.

⁶ Según la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años elaborada por el CONSEP y publicada en diciembre de 2012, de 514.962 estudiantes encuestados a nivel nacional, el 32,3 % que admitieron consumir alcohol el último año de su colegiatura señalaron que la bebida alcohólica que usan preferentemente es la cerveza.

⁷ Imagen tomada de: <http://sinmiedosec.com/ranking-de-selecciones-fifa-agosto-2013/> (acceso 30/09/13).

Gráfico 2. Fuentes de Información sobre Drogas



Fuente: Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años

Elaborado por: Observatorio Nacional de Drogas (CONSEP: 2012)

Las campañas de información no plantean ningún axioma de prevención primaria para la población que se encuentra usando ilícitamente drogas. Por el contrario, sus mensajes educativos van dirigidos a la población que no está inmersa en ninguna circunstancia ilícita del consumo, marcando un claro contenido abstencionista. La promoción de esta política de abstinencia encuentra corolario en las normas jurídicas: cualquier uso ilícito termina siendo prohibido o no es tolerado legalmente. Para muestra, el artículo 20 de la Ley 108, que faculta a los agentes de la policía para irrumpir en domicilios particulares cuando existen denuncias de consumo ilícito:

“Los propietarios, administradores o responsables del manejo de lugares de residencia o reunión colectiva comunicarán al agente policial o a la oficina más cercana del CONSEP la existencia de circunstancias que haga presumir la presencia en el interior o alrededor de esos lugares de *núcleos de consumo* o la práctica de tráfico ilícito de sustancias fiscalizadas” (Cursivas fuera de texto)⁸.

III.- La prevención secundaria y el enfoque adolescente del consumo

⁸ Durante el último año se han registrado allanamientos a domicilios por medio de la policía antinarcóticos, con el fin de interrumpir el uso o consumo ilícito de drogas en las denominadas “fiestas clandestinas”. Además, las capacitaciones en colegios sobre la prevención de drogas se están realizando por medio de la agencia policial. Véase: http://www.elcomercio.com/seguridad/Policia-colegios-Guayaquil-droga-marihuana-estudiantes-Dinapen_0_966503492.html (acceso 17/10/13)

La prevención secundaria parte de la identificación de personas que se encuentran en dos categorías: personas en situación de riesgo de consumo ilícito de drogas y personas en situación de consumo lícito. No obstante, en Ecuador es difícil obtener *a priori* la información de toda la población que se encuentra en situación de consumo ilícito de drogas. En tal sentido, los reportes devienen de las denominadas ‘Encuestas Nacionales Sobre el Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media’ elaborados por la Secretaría Ejecutiva del CONSEP, donde se muestra que en 2012 la edad promedio del primer uso de drogas en adolescentes es de 14.3 años de edad; mientras que en 2008 y 2005 fue de los 13.8. A pesar que es menos precoz el consumo de drogas en adolescentes, el Ministerio de Educación expidió el Acuerdo Ministerial 208-13 del 8 de julio de 2013, mediante el cual se crea el *Sistema Nacional de Educación libre de tabaco, alcohol, narcóticos, alucinógenos o cualquier tipo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes*, que en su artículo 4 determina que:

“...al interior de los establecimientos educativos, nadie podrá mantener en su persona, ropas, bolsos, mochila u otro sitio cantidad alguna de sustancias a las que hace referencia el presente Acuerdo Ministerial. En caso de que cualquier miembro de la comunidad educativa hallare dichas sustancias, sin importar su cantidad, *dará aviso inmediato a las máximas autoridades del establecimiento y a la unidad o agente de policía especializada más próximo, quien se encargará de la aprehensión de las sustancias y ejecución del procedimiento que corresponda*, sin perjuicio de la realización de las acciones establecidas en los artículos 326 y 327 del Código de la Niñez y Adolescencia” (Cursivas fuera de texto).

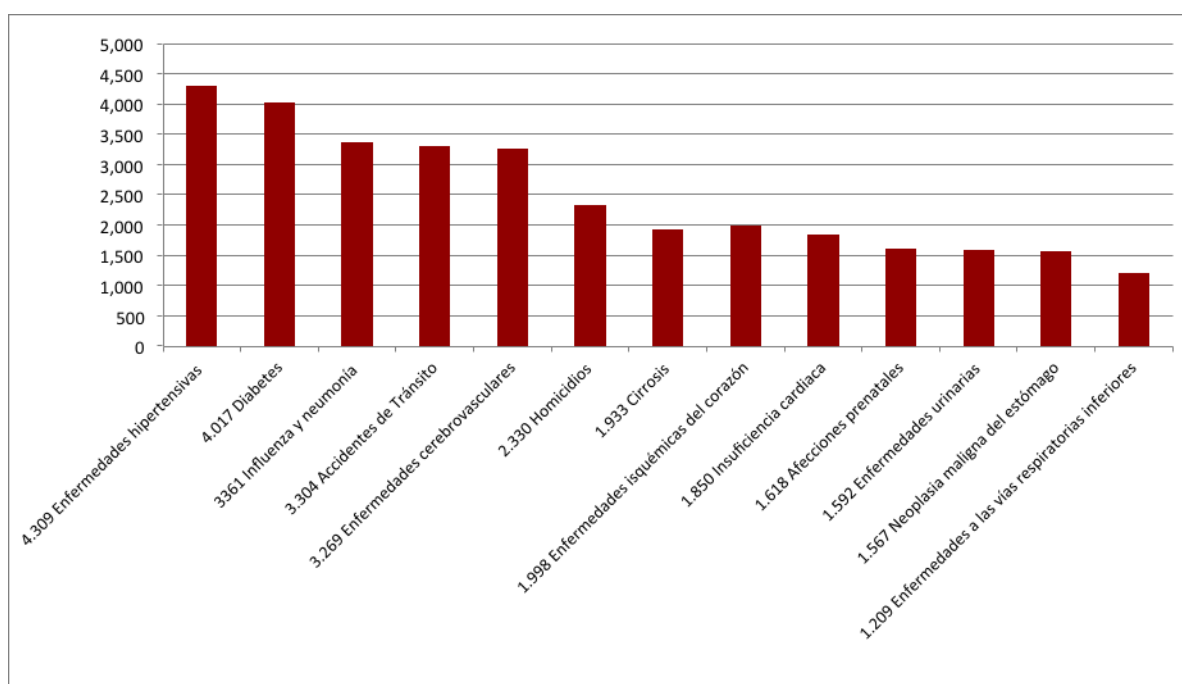
Frente a la intuición política sobre el uso ilícito de drogas en estudiantes de colegio, se ha demostrado que el mayor consumo en este segmento de la población proviene del alcohol. De hecho, al menos el 82% ha señalado que ni siquiera ha recibido oferta o exhibición de marihuana, y sólo el 0,07% de estudiantes ha admitido tener un consumo diario o casi a diario durante los 2 años previos a la encuesta. Esto nos indica que la estrategia de prevención escolar está mal dirigida/focalizada al menos frente a las evidencias citadas.

La selección de los grupos sobre los cuales se muestra el uso o consumo de drogas –los cuales se asientan en los segmentos de adolescentes dentro del total de la población del país– presenta dos afirmaciones sobrediagnosticadas: a) permite evidenciar una vez más que el alcohol representa el mayor consumo de drogas en colegios; y, b) que, posiblemente, la mayoría de la población de usuarios de drogas de uso ilícito no se encuentra en los segmentos ubicados entre 12 y 17 años de edad.

Del total de defunciones reportadas en el 2010 (61.681 jóvenes/personas), varias de las trece mayores causas de muerte –que sobrepasan de mil decesos cada una– infieren cierta relación con el uso o consumo excesivo de carbohidratos, azúcares y sus químicos, y podría,

también, asociarse sospechosamente el consumo de alcohol. Han fallecido 4.017 personas/adolescentes por diabetes, 3.304 por accidentes de tránsito, 1.933 por cirrosis, 1.567 por neoplasia maligna del estómago, entre otras.

Gráfico 3. Principales Causas de Mortalidad en Ecuador



Fuente: INEC (2010: 475-480)

Elaboración: Propia

Estas cifras no pueden imputarse directamente al uso o consumo de alcohol; sin embargo, sí alejan la posibilidad de inferir que estas muertes tengan relación con usos ilícitos de droga. Siendo así, de todas las probabilidades, el consumo de alcohol tiene la mayor de las sospechas sobre la estimulación de algunas de las causas de muerte en el país⁹.

IV.- La prevención terciaria y el tratamiento espiritual en lugar del estatal

Durante muchos años la salud pública en Ecuador estuvo en manos de la Iglesia. Su desplazamiento devino al adaptarse el *higienismo* europeo a las políticas sanitarias, tomando

⁹ Según el Ministerio de Coordinación de Seguridad, de enero a julio de 2013 los accidentes de tránsito vinculados al estado de embriaguez fue del 7.73 % (2013: 17).

una mayor presencia en la década de los años 30's del siglo pasado en cuestiones como el control de la natalidad, longevidad, mortalidad y anomias (Kingman, 2008: 273). Algunos comportamientos sociales también fueron 'sanitarizados' mediante el control social punitivo de las conductas que alteraron las normas de urbanidad establecidas incluso en el Código Penal vigente hasta 2014, tales como: “*Los que, sin ser ebrios consuetudinarios, fueren encontrados en cualquier lugar público en estado de embriaguez*”; y, “*Los que en sus tabernas aceptaren ebrios, o les vendieren licores de cualquier clase, o tolerasen que continúen en ellos*”, entre otras (Paladines, 2010: 4-6). Por su parte, el Código Civil vigente también mantiene normas abiertamente discriminatorias. En su artículo 110.9 se consagra como causal de divorcio el hecho de ser toxicómano o ebrio consuetudinario; al cabo que en su artículo 477 se somete a cualquier ebrio consuetudinario o toxicómano a un *curador* para la administración de sus bienes, puesto que es legalmente declarado como interdicto.

Se afirma el convencionalismo social que considera al uso ilícito de drogas como una transgresión misma a las reglas de comportamiento generalmente aceptadas, según las cuales todo transgresor es simplemente un *desviado*. Esta noción ha influido no solo en el espacio privado –tal como ocurre en la familia–, sino además en el estado. Ambos sectores no solo ven en la rehabilitación de las dependencias o adicciones un mecanismo de curación, sino también una forma de exclusión o separación del espacio público. Con ello, aparece entonces como solución la rehabilitación terapéutica de los consumidores que demandan las sustancias desde la ilegalidad, adoptando para sus políticas el binario código salud/enfermedad, es decir, imputándoles la política sanitarista por el hecho de ser usuarios.

Desde el estado de derecho, cualquier persona que usa lícita o ilícitamente drogas parte del ejercicio mismo del libre desarrollo de la personalidad o autonomía de la voluntad. Sin embargo, al desplazar el problema al campo sanitario se asume el consumo como un desorden, a pesar que desde hace años se ha denunciado mundialmente la crisis en la definición de la salud mental, sobre todo por la existencia de un abierto interés por parte de las empresas farmacéuticas y de rehabilitación mediante un cada vez mayor catálogo de “trastornos” en los Manuales de Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM) (Basaglia: 1972; Cooper: 1986; Szasz: 1994; Goffman: 2001).

Al margen de estos cuestionamientos, en Ecuador las instituciones psiquiátricas se mantienen en pie para ‘rehabilitar’ a las personas en situación de dependencia bajo el nombre de comunidades terapéuticas o unidades de tratamiento de adicciones. Tan es así que sólo cuatro comunidades terapéuticas son relativamente públicas, mientras que más de

cuatrocientas son particulares. La mayoría de comunidades enfatizan el manejo espiritual o religioso del problema.

Frente a esta asimetría, el Ministerio de Salud Pública ha levantado un estudio de costos para presupuestar el costo en que incurriría el estado para la construcción, equipamiento y dotación técnica de personal de una unidad terapéutica con cobertura para 30 pacientes, el cual costaría 14 millones 373.781 dólares; mientras que el costo mensual de amortización por paciente sería de 67 dólares de los Estados Unidos de América (Ministerio de Salud, 2012: 7 y 10).

Tabla 1. Algunas comunidades terapéuticas religiosas en la ciudad de Quito

Nombre del centro o comunidad terapéutica
Camino a la paz
Centro de Recuperación en sus pisadas
Centro de Tratamiento Corazón de Dios
Centro de Rehabilitación Ave Fénix
Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón
Centro de Recuperación Puente A La Vida
Centro de Recuperación Vida Nueva
Centro Terapéutico Manantial
Comunidad Terapéutica San José de Guamaní
Centro de Orientación Juvenil La Dolorosa
Centro Terapéutico Una Luz en La Tormenta
Centro de Recuperación Plan Vida
Centro de Reposo San Juan de Dios
Clínica Nuestra Señora de Guadalupe
Comunidad de Ayuda Volver a Empezar
Centro para Adicciones Dando Una Mano
Centro Terapéutico Femenino Victoria
Comunidad Terapéutica Luz de Esperanza
Centro Terapéutico Caminando a la Libertad
Centro de Recuperación Fuente de Amor y Paz
Centro Cristiano para Adicciones Cristo Vive

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012)

Elaboración: propia

Un considerable número de comunidades terapéuticas ha funcionado sin permisos oficiales y en la clandestinidad. Sólo en el último trimestre del 2013 se han liberado a más de quinientas personas y clausurado más de veinte clínicas de rehabilitación (El Comercio, 2013: 7), develándose dentro de ellas crudos maltratos contra sus pacientes. Para hacer frente al histórico abandono del control estatal sobre las comunidades terapéuticas –en su gran mayoría

privadas–, el Ministerio de Salud Pública expidió un año antes el Acuerdo Ministerial No. 00000767 del 11 de Mayo de 2012. El acuerdo creó el ‘Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas’, clasificando a los centros en (Art. 5): 1.- Centros de desintoxicación de precomunidad, donde los tratamientos pueden durar hasta 28 días; 2.- Comunidades terapéuticas, donde la estadía del paciente dura entre seis meses y dos años; y, finalmente, 3.- Centros de recuperación integral, donde la estancia puede durar entre siete y veinticinco meses.

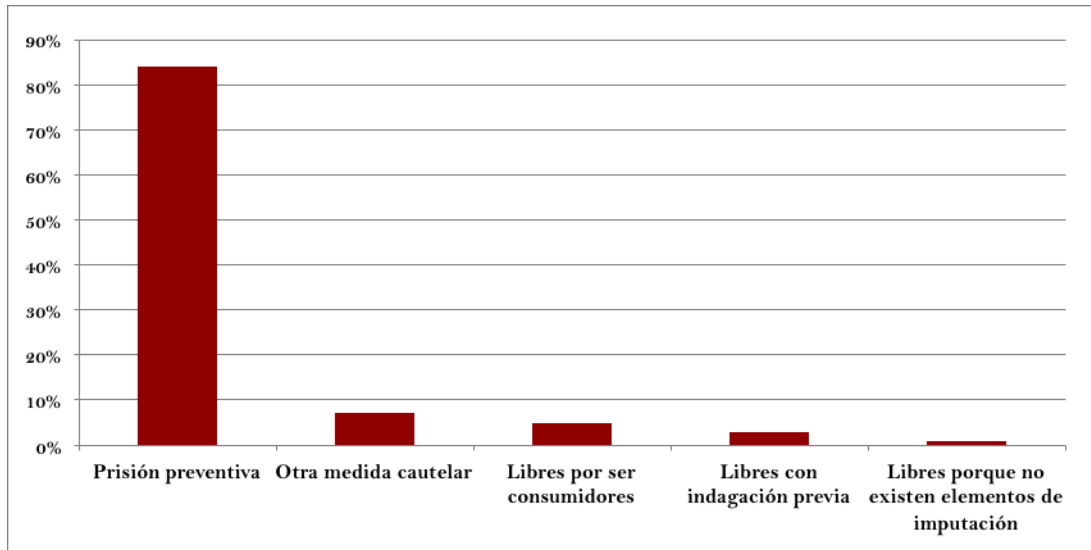
Aunque el CONSEP haya expedido en 2008 un reglamento con similares intenciones (Resolución 028-CD), sólo hasta ahora el Ministerio de Salud Pública tiene la competencia para ser el único ente u órgano estatal que aprueba los procedimientos y programas de las comunidades terapéuticas. Las directrices de la cartera de salud, sin duda, sintonizan con algunos derechos y garantías de las personas en situación de dependencia. Sin embargo, el reglamento citado es ambivalente al legitimar la perenne ausencia del estado en la prestación de este servicio¹⁰, pues reconoce que las comunidades terapéuticas siguen siendo privadas o particulares, habilitado en ellas además la internación compulsiva o involuntaria (Art. 12).

V.- La prevención cuaternaria y la dependencia crónica para no ir al sistema penal.

Si bien el artículo 364 de la Constitución considera formalmente que el uso o consumo de drogas no es un delito, materialmente la sola tenencia o posesión para el consumo sí lo es. Así, después de inauguradas las unidades de flagrancia en octubre de 2012, de 2.505 personas detenidas en supuestos delitos de drogas, el 84 % recibió prisión preventiva.

¹⁰ Sin embargo, el artículo 12 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente señala que: “Bajo ningún motivo un servicio de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El servicio de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause”.

Gráfico 4. Situación jurídica de los detenidos en flagrancia por delitos de drogas a nivel nacional



Fuente: Fiscalía General del Estado (Delitoscopio): 2013

Elaboración: Propia

Además, son frecuentes las propuestas para asociar la rehabilitación o tratamiento terapéutico al sistema penal mediante las denominadas ‘Cortes de Drogas’. La incidencia para el establecimiento de Cortes de Drogas en Ecuador devino de la organización Justicia Penal-Ecuador (Barra de Abogados de los Estados Unidos –ABA– y Rule of Law Initiative), que convocó a varios encuentros con el entonces Consejo de la Judicatura de Transición y la Asamblea Nacional, y en cuya propuesta se dijo:

“Estas ‘Cortes’ son instancias administrativas caracterizadas por el tratamiento intensivo de los usuarios, la supervisión judicial de dicho tratamiento, que puede incluir pruebas obligatorias para drogas y reuniones periódicas con el juez para monitorear el progreso, así como consecuencias por el incumplimiento y la inobservancia.” (Amado, 2012).

A pesar que por el momento la implementación de las Cortes de Drogas no tuvo eco en los decisores políticos del país, la criminalización fáctica del consumo sigue latente. Así, el Ministerio de Salud Pública y la Secretaría Ejecutiva del CONSEP emitieron la Resolución 001-CONSEP-CO-2013, la cual va dirigida específicamente a la organización judicial para

llenar el espacio existente entre la Constitución y la Ley 108¹¹, con lo cual la tenencia o posesión en las cantidades fijadas no deben presumir la existencia de un delito, sino la frontera entre el consumo y el tráfico¹².

Tabla 2. Umbrales para la tenencia o posesión de drogas ilícitas en Ecuador

Sustancia	Cantidad
Marihuana	10 gramos
Pasta Base de Cocaína	2 gramos
Clorhidrato de Cocaína	1 gramo
Heroína	0,01 gramos
MDA	0,15 gramos
MDMA	0,015 gramos
Anfetaminas	0,040 gramos

Fuente: Resolución 001-CONSEP-CO-2013

Elaboración: Propia

Sin embargo, los jueces son renuentes a aplicar los umbrales como un marco referencial y, por el contrario, prefieren criminalizar la mera tenencia o posesión sin importar que las personas procesadas sean dependientes. Un ejemplo es el caso de Daniel Lennstrom (Causa 01121-2013-0267), donde los jueces de la sala de lo penal de la Corte Provincial de Justicia del Azuay no aceptaron las pruebas que reflejaron que el procesado era usuario crónico de marihuana y cocaína. Se dijo entonces:

“...que la cantidad encontrada en poder del justiciable [90 gramos de marihuana] es excesiva para su consumo personal; por otro lado conocemos que las drogas como la marihuana provocan dependencia física y psíquica, la primera que la OMS en el informe 551/74 la define como ‘el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la toma del fármaco’ y la segunda que así mismo la OMS define como el ‘estado en el que el fármaco produce una sensación de satisfacción, un impulso psíquico que lleva tomar periódica o continuamente el fármaco para experimentar placer o para evitar un malestar’; pero que además la ingesta de sustancias sujetas a fiscalización en un narcodependiente, provoca trastornos en sus funciones mentales, físicas y cognitivas...”(Causa 01121-2013-0267)

¹¹ Lamentablemente, los prejuicios sobre los umbrales han tenido eco en los mismos jueces de la Corte Nacional de Justicia. Uno de ellos es el juez nacional Jorge Blum Carcelén, quien finaliza su artículo (Las Adicciones, un problema de salud pública) bajo la frase. “Ni un solo gramo para mis hijos y mis nietos”. Véase Blum (2013: 13)

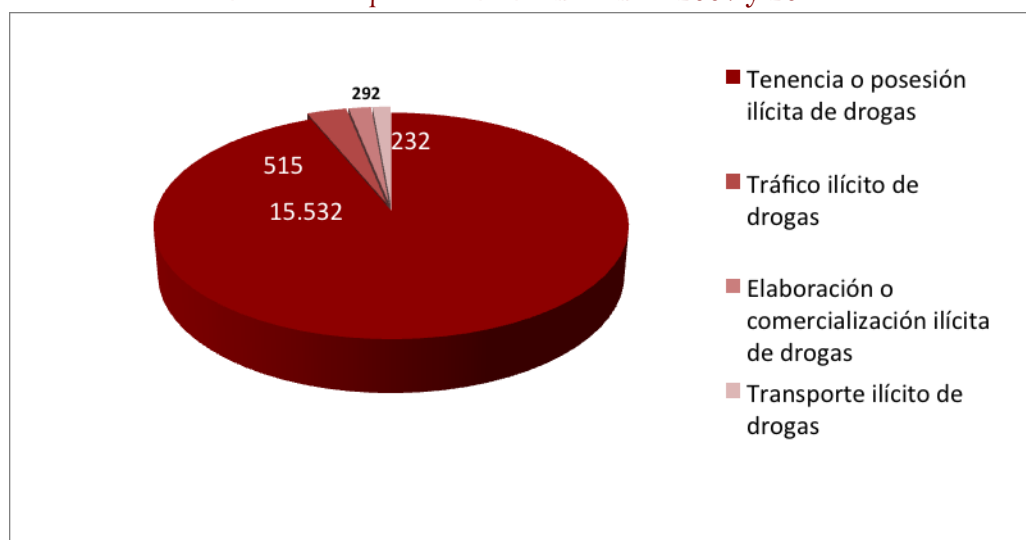
¹² La resolución del CONSEP no fue bien recibida en algunos sectores del estado. Uno de ellos fue el Ministerio de Educación el que a través de su ministro, Augusto Espinoza, dijo públicamente estar opuesto a este tipo de medidas por afectar a la comunidad educativa que tiene bajo su dirección. Véase:

<http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101533600> (acceso 19/07/13).

Un componente de personas condenadas por el delito de tenencia o posesión de sustancias estupefacientes o psicotrópicas (Art. 62 Ley 108) son consumidores y no, traficantes. Esto se demuestra cualitativamente con los casos de Mónica Mejía, detenida con 15 gramos de cocaína (Causa 037-2013 del Tribunal Cuarto de Garantías Penales de Pichincha) y el de Daniel Lennstrom, detenido con 90 gramos de marihuana (Causa 0197-2014 de la Corte Nacional de Justicia). Se trata de dos *falsos positivos*, esto es, de personas presentadas y detenidas realmente ante la justicia como traficantes, a pesar que más adelante se haya demostrado que eran personas inocentes. Estos casos preocupan, ya que muestran lo probable que es que un gran número (si no la mayoría) de personas sentenciadas por tráfico sean, en realidad, consumidores.

Entre 2007 y 2014 la Defensoría Pública del Ecuador reportó que entre las personas atendidas y detenidas por delitos de drogas, 232 correspondieron al delito de transporte, 292 al delito de comercialización o elaboración, 515 al delito de tráfico ilícito, y 15.532 al delito de tenencia o posesión.

Gráfico 5. Número de personas detenidas por delitos de drogas que necesitaron del servicio público de defensa entre 2007 y 2014



Fuente: Defensoría Pública General (Dirección de Investigaciones Aplicadas): 2007 al 2014
Elaboración: Propia

VI.- Conclusiones y recomendaciones.

El abstencionismo subyace en la información para prevenir el uso ilícito de drogas que difunden los principales medios de comunicación. El abstencionismo 'justifica' la ausencia de

propaganda estatal que reconozca la reducción de daños para los denominados usos indebidos. Las campañas de información deben diversificar/ampliar el mensaje difundido, reconociendo la existencia de personas que usan ilícitamente drogas. Por su parte, el Ministerio de Educación ha establecido planes policivo-educativos con DINAPEN y la Dirección Nacional Antinarcóticos para detener a quienes porten o tengan sustancias estupefacientes y psicotrópicas en los colegios. Así, el Ministerio agrupa los programas de información con los de sanción escolar y remisión al sistema penal de estudiantes en posesión ilícita de drogas.

La identificación de los segmentos poblacionales que se encuentran en situación de riesgo por el uso ilícito de drogas está sesgada. El estado debe reconocer que los problemas por usos ilícitos se encuentran también en la población que supera los dieciocho años de edad. Es necesario profundizar la investigación para construir mejor la información, tal que permita medir las causas de mortalidad asociadas al consumo ilícito de drogas. Por ahora, existe una aguda sospecha que ésta tiene más relación con el consumo lícito de alcohol que con el ilícito de las demás drogas.

La prestación del servicio para mitigar los daños y riesgos de las dependencias se encuentra en manos de comunidades terapéuticas, en su mayoría religiosas, es decir no-estatales. A ello se suman los problemas sobre las condiciones en que se mantienen a los pacientes, a quienes además se les impone tratamientos bajo metodologías poco científicas, calificadas como vejatorias en los operativos conjuntos realizados entre el Ministerio de Salud y la Fiscalía General del Estado. El estado debe recuperar el servicio de salud para el tratamiento de las dependencias mediante métodos y técnicas que, asimismo, eviten la aparición de posiciones excesivamente arbitrarias o subjetivas en las neurociencias.

Finalmente, la incidencia de ABA para la incorporación de las Cortes de Drogas es constante. Aunque este cabildeo aún no haya tenido éxito, la tenencia o posesión ilícita de drogas es el tipo penal más frecuente en el sistema penal nacional. La característica más común es la incredulidad de los jueces en admitir que hubo consumo, a pesar que los peritajes y pruebas hayan demostrado todo lo contrario.

El espíritu prohibicionista no sólo podría deformar las políticas y normas sociales, sino también frenar su inminente progresismo. Este freno viene determinado por la invisibilización del derecho a la información de quienes usan droga ilícitamente; la incorrecta identificación de los grupos más afectados por el consumo real y no presuntivo de sustancias; la reasignación del tratamiento de las dependencias a las congregaciones religiosas, y la remisión discreta a las prisiones de personas estigmatizadas por su “adicción”.

VII.- Bibliografía.

- Amado, A. (2012). *Oficio No. 95069 dirigido al Arquitecto Fernando Cordero*. Quito: Asamblea Nacional.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: ediciones corregidor.
- Blum, J. (2013). “Las Adicciones, un problema de salud pública”. En *Revista Ensayos Penales, Sala Penal*. Edición No. 5. Quito: Corte Nacional de Justicia: agosto.
- Causa 0197-2014: Corte Nacional de Justicia; Causa 01121-2013-0267: Corte Provincial de Justicia del Azuay; Causa 037-2013: Tribunal Cuarto de Garantías Penales de Pichincha.
- Código Civil
- Código Penal
- CONSEP. (2013). *Resolución 001-CONSEP-CO-2013*. Quito.
- CONSEP. (2012). *Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17, Resumen Ejecutivo*. Quito: Observatorio Nacional de Drogas.
- CONSEP. (1998). *Reglamento de control y funcionamiento de los centros de rehabilitación y de reinserción social de farmacodependientes y de consumidores indebidos, públicos y privados*. Registro Oficial 331 del 3 de junio.
- Constitución de la República del Ecuador.
- Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.
- Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.
- Cooper, D. (1986). *La muerte de la familia*. México: Editorial Planeta.
- Defensoría Pública del Ecuador. *Personas privadas de la libertad por delitos de drogas*. Quito: SGDP.
- Diario El Comercio (2013). “Fiscalía: las clínicas clandestinas incurren en al menos seis delitos”. En *seguridad y justicia*, página 7, domingo 17 de noviembre. Quito.
- Fiscalía General del Estado. (2013). “Estadísticas en Ecuador: cifras de tenencia y posesión ilícita de sustancias estupefacientes o psicotrópicas”. En *Perfil criminológico*, Gráfico 5, página 9, No. 6, agosto. Quito.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- INEC. (2010). “Defunciones totales por tipo certificado y grupos de edad, según sexo y causas de muerte. Lista corta de ordenamiento de las principales causas de muerte CIE-10 (Recomendada por OMS). En *Anuario de Estadísticas Vitales: nacimientos y defunciones*. Quito.
- Kingman, E. (2008). *La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: higienismo, ornato y policía*. Quito: FLACSO, FONSA y Universidad Rovira i Virgili.
- Ley de Derechos y Amparo del Paciente. (1995). R. O. No. 626 del 3 de febrero.
- Ley Orgánica de Salud. (2006). R. O. No. 423 del 22 de diciembre.
- Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (1990). R. O. No. 523 del 17 de septiembre.
- Ministerio de Coordinación de Seguridad. (2013). “Consumo nocivo de bebidas alcohólicas y su impacto en la seguridad ciudadana”. En *Nuestra Seguridad*, Revista del Ministerio de Coordinación de Seguridad. Suplemento No. 13. Quito.
- Ministerio de Educación. (2013). *Acuerdo Ministerial 208-13*. Quito: 8 de julio.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Comunidades Terapéuticas*. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, Dirección de Economía de la Salud. Quito: septiembre.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Acuerdo Ministerial No. 00000767*. Quito: 11 de mayo.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *El derecho a la salud*. Folleto Informativo No. 31. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- Paladines, J. (2010). “Las dos velocidades de la reforma penal y la crítica a la dialéctica legislativa”. En *Revista Pensamiento Penal* (virtual), Edición 104, Sección Doctrina, Buenos Aires.
- Presidencia de la República del Ecuador. (2010). *Decreto Ejecutivo No. 1470*. R. O. 233 del 12 de julio.
- Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Tenorio, R. (2009). *El sujeto y sus drogas*. Quito: editorial El Conejo.
- www.consep.gob.ec
- www.elcomercio.com
- www.lahora.com.ec
- www.salud.gob.ec
- ww.sinmiedosec.com

CONSUMO Y CONSUMIDORES DE DROGAS DE USO ILÍCITO EN MÉXICO¹

Catalina Pérez Correa²

Karen Silva³

I. Introducción

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones en 2011, cerca de 1,200,000 personas habían consumido alguna droga de uso ilícito en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta. Aunque existen varias ramas del derecho que regulan el uso de drogas, es la del derecho penal la que preponderantemente media la relación entre consumidores y Estado. Como se muestra en este texto, para muchos de los usuarios de drogas de uso ilícito, el consumo ha implicado caer bajo la actuación directa de las instituciones penales, con todos los costos que ello implica.

El consumo de drogas de uso ilícito en México, no es un delito, aunque sí lo son casi todas las conductas previas al consumo (como la posesión, suministro, distribución, cultivo, producción, siembra, cosecha, etcétera). Por ello, resulta notable que entre 2009 (cuando fue aprobada la Ley de Narcomenudeo⁴) y mayo de 2013, fueron detenidas, a nivel nacional, 140,860 personas por **consumo** de drogas y fueron iniciadas, por la misma causa y durante el mismo periodo 53,769 averiguaciones en el sistema federal.⁵ Y que, además, fueron emitidos casi 90,000 No Ejercicios de la Acción Penal⁶ por la misma causa.⁷ Aunque este último número se trata de personas que no fueron sancionadas penalmente, se trata de personas que participaron en el proceso penal -fueron detenidas y llevadas ante el ministerio público-. A la par, cabe notar que aunque el derecho mexicano no sanciona penalmente el consumo, asume que todo consumo es problemático, no dando lugar para el consumo recreativo.

¹ Este texto es una versión corta de Pérez Correa, C y Silva, K. (2014), *El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México*, Cuadernos de Trabajo, Programa de Política de Drogas, México: PPD-CIDE.

² Profesora investigadora, CIDE.

³ Coordinadora Institucional del Programa de Política de Drogas, CIDE.

⁴ En la sección IV.2 se analiza la Ley de Narcomenudeo.

⁵ Información pública otorgada por la PGR, folios 0001700136313 y 0001700169413. (Para más información sobre las solicitudes de información, ver anexo).

⁶ Por “acción penal” se entiende la facultad que tiene el Ministerio Público para “enterar” de un delito a un juez penal para que éste inicie un proceso penal. Dicha facultad le es conferida al Ministerio Público en el artículo 21 constitucional. El No Ejercicio de la Acción Penal se refiere a la decisión del Ministerio Público de no presentar una acusación penal ante la autoridad judicial tras haber realizado las investigaciones iniciales.

⁷ Información pública otorgada por la PGR, folios 0001700136313 y 0001700169413. (Para más información sobre las solicitudes de información, ver anexo).

En la siguiente sección de este texto se analiza la legislación sobre consumo en México, incluyendo una descripción de la Ley de Narcomenudeo. En la tercera sección, se presenta un breve resumen de las principales fuentes de información sobre consumo de drogas y se aportan algunos datos relevantes para dimensionar el fenómeno del consumo en México. En la sección IV, se presentan cifras sobre las respuestas estatales ante el consumo para mostrar cómo se comportan, de facto, las instituciones penales y de salud ante el consumo de drogas de uso ilícito.

II. Legislación sobre consumo en México

En 2009 se aprobó la Ley de Narcomenudeo que reformaba el Código Penal Federal, la Ley General de Salud (en adelante LGS) y el Código Federal de Procedimientos Penales, en materia de delitos contra la salud. Las modificaciones de la Ley de Narcomenudeo incluyeron la incorporación a la LGS (art. 479) de una Tabla de orientación de dosis máximas y consumo personal en la que se establecen las dosis topes de consumo que deben ser consideradas para consumo personal y debajo de las cuales no es punible el consumo con penas de prisión. Por encima de esas cantidades (y sin rebasarlas en mil veces), la posesión de drogas de uso ilícito es considerada como narcomenudeo y queda en el ámbito de competencia de los estados (con ciertas excepciones⁸). Cuando la posesión de dichas sustancias es 1000 veces más de lo establecido en la tabla, se considera narcotráfico y competencia de la Federación. Con esta disposición, la Ley de Narcomenudeo (en adelante LNM) pretendía eliminar la discrecionalidad de policías, agentes del ministerio público y jueces en la determinación sobre qué es consumo, narcomenudeo y narcotráfico (Pérez Correa *et al.*, 2013).⁹ La posesión de drogas de uso ilícito quedó sin sanción de cárcel **en el caso de la posesión para fines de consumo, siempre y cuando estuviera dentro de los montos establecidos en la tabla de orientación.**

⁸ Existen tres excepciones en que los delitos de narcomenudeo pasan a ser de competencia Federal –y por lo tanto perseguidos por la PGR–. Éstos son: a) cuando la Federación empiece la investigación y no la remita a las procuradurías estatales, b) cuando se cometa el delito en modalidad de delincuencia organizada, y c) cuando la PGR así lo decida.

⁹ Específicamente sobre el consumo, la Ley General de Salud dispuso una prohibición administrativa a la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, **empleo, uso, consumo**, del opio preparado, para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o marihuana, *papaversomniferum* o adormidera, *papaverbactreatum* y *erythroxylon novogratense* o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones. Además, dispuso que la violación de dicha disposición sea sancionada con “multa equivalente de doce mil hasta dieciséis mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate” una suma no menor tomando en cuenta el nivel de ingreso del mexicano o mexicana promedio. Véase Ley General de Salud, artículo 235, 237 y 421 bis.

El problema principal con la LNM es que continúa criminalizando a los consumidores. Esto lo hace de dos formas: *de jure* (por derecho) y *de facto* (en la práctica). Existe criminalización *de jure*, en los casos de consumo en que la ley ordena la intervención de las instituciones penales. De acuerdo con la actual legislación, el ministerio público no ejercerá acción penal (es decir, no hará una acusación penal frente a un juez), por el delito de posesión sin fines de comercio o suministro “en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y que posea alguno de los narcóticos señalados en la Tabla de orientación, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de determinados lugares señalados la Ley”.¹⁰ Pero ello no significa que no inicie una investigación penal. Ésta se inicia pero se concluye con un No Ejercicio de la Acción Penal (NEAP). En otras palabras, en casos de consumo, el aparato penal se pone en marcha: la policía detiene al consumidor y lo presenta ante el ministerio público. En otras palabras, los consumidores siguen inmersos en el sistema penal, con todos los riesgos y costos que ello conlleva –desde estar sujetos a detenciones por instituciones que frecuentemente han sido ligadas a violaciones de debido proceso y corrupción¹¹ hasta los costos que implica para las instituciones procesar cada caso-.¹²

Existe criminalización *de facto* porque la Tabla de Orientación contiene dosis máximas tan bajas que su aplicación implica, de facto, que consumidores sean acusados de posesión y castigados como si se tratara de narcomenudistas. Así, por ejemplo, la dosis máxima de consumo de cocaína es 0.5 gramos, mientras diversos activistas han señalado que en el mercado la cocaína se vende por gramo. Por tanto, un consumidor que compra la dosis mínima de cocaína disponible en el mercado estará bajo el supuesto de narcomenudista, con las correspondientes penas que esto conlleva. Este punto resulta clave para entender los elevados números de procesamiento de casos por narcomenudeo que encontramos y notar que no sabemos de forma cierta cuántos de los casos de narcomenudeo se tratan en realidad de personas que no tienen fines de comercio sino que se tratan de simples consumidores equiparados a narcomenudistas.

El tema de los consumidores criminalizados *de facto* es agravado por la inclusión del artículo 477 a la Ley General de Salud que sanciona la **posesión simple**, que permite castigar

¹⁰Éstos son “centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o dentro del espacio comprendido en un radio que diste a menos de trescientos metros de los límites de la colindancia del mismo con quienes a ellos acudan”. Véase Ley General de Salud, artículo 475-II.

¹¹ Véase por ejemplo, Silva *et al.*, (2012) y Human Rights Watch (2011).

¹²De acuerdo con Guillermo Zepeda (2010: 55), en la investigación de delitos a nivel estatal se gasta, por cada caso, un promedio de 4,181 pesos mexicanos (\$380 USD) y, en general, las investigaciones y los procesos penales a nivel federal cuestan más que uno local, por lo que para los casos llevados por instancias federales, las estimaciones resultarían aún más altas.

la posesión sin fines de comercio y abarca a casi cualquier consumidor que rebase los pequeños montos establecidos en la Tabla de Orientación. Según dicho artículo, la posesión simple existe cuando alguien posee alguno de los “narcóticos señalados en la tabla en cantidad menor a la que resulte de multiplicar por mil las previstas en dicha tabla” y “cuando por las circunstancias del hecho tal posesión no pueda considerarse destinada a comercializarlos o suministrarlos, aun gratuitamente”. Es decir, aun cuando no exista la intención de comercializar, la posesión se sanciona.

En cuanto a las instituciones de salud, la LNM dispuso que los agentes del ministerio público tienen la obligación de informar al consumidor la ubicación de las “instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia” e informar a las instituciones de salud del NEAP. A su vez, al tener conocimiento del reporte del NEAP, el centro o institución de salud deberán citar al consumidor, para proporcionarle “orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia”.¹³

En materia de salud además se introdujo un capítulo para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia y se dispuso que los estados debían adecuar, en un plazo de un año a partir de la entrada en vigor, las leyes estatales y reglamentos necesarios para poner en operación la reforma y, en un plazo de tres años, emitir las directrices necesarias para que las instituciones involucradas (como las procuradurías locales y los centros de salud que ofrecen tratamientos) pudieran operarla. Aunque el 21 de agosto de 2012 se cumplió el plazo para que los estados empezaran a conocer los delitos en materia de narcomenudeo, no todas las entidades habían realizado para esa fecha las adecuaciones a sus marcos legales locales. Al concluir el gobierno de Felipe Calderón, casi una tercera parte de Estados seguían sin aprobar reformas en materia penal y cerca de 60% de los Estados aún no lo habían hecho en materia de salud (Pérez Correa *et al.*, 2013). Aunque las cifras muestran un aumento progresivo en el número de casos que las procuradurías están atendiendo en la materia¹⁴, el retraso representa un grave problema en términos de seguridad jurídica, ya que la incertidumbre sobre las normas aplicables hacen difícil saber quién es responsable de perseguir los delitos contra la salud a nivel local –incluido el consumo– y cómo deben hacerlo.

¹³ Véase Ley General de Salud, artículo 193 bis. La ley también estableció que en los casos de farmacodependencia, “al tercer reporte que realice el ministerio público del No Ejercicio de la Acción Penal, el tratamiento será obligatorio.” Ley General de Salud, artículo 478.

¹⁴ Véase Pérez Correa, C. y Meneses, R. (2014), La guerra contra las drogas y el procesamiento penal de los delitos de drogas 2006-2012, Cuadernos de Trabajo, Programa de Política de Drogas, México: CIDE.

III. Los consumidores y la dimensión del consumo en México

Para este texto se revisaron cinco fuentes de información sobre consumidores en el país: a) La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA); b) la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de la Ciudad de México, 2012; c) el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) y; d) el Sistema de Reporte de Información en Drogas (Informe individual sobre el consumo de drogas).¹⁵

La revisión de dichos instrumentos sobre consumo permite concluir que existe una marcada falta de información sobre el tema del consumo, y apunta hacia la falta de interés en entender el fenómeno del consumo de manera integral. Dos de las cuatro fuentes principales (el SISVEA y el Sistema de Reporte de Información en Drogas) reportan el consumo de pacientes de centros de salud o de internos infractores. Esto significa un sesgo importante en la información ya que proviene de casos problemáticos o situaciones extremas. A la vez, la ENA ha sido criticada por utilizar definiciones sumamente amplias de adicción, lo que implica una sobredimensión del fenómeno de consumo de drogas de uso ilícito en el país.

Tomando esto en cuenta, de dichos instrumentos se desprende que los consumidores de drogas de uso lícito e ilícito representan una población heterogénea, aunque son los hombres jóvenes quienes más reportan consumo de drogas. Los datos indican, además, que la droga que más se consume en el país, que tiene mayores usos problemáticos y cuyo consumo produce efectos negativos es el alcohol. Esta sustancia es seguida en preferencia por el tabaco y la marihuana, en ese orden.

La ENA -realizada ya en seis ocasiones por instituciones de salud del gobierno federal- sostiene que la prevalencia anual¹⁶ en el consumo, de cualquier droga, es de 1.8% del total de la población encuestada (frente a 1.6% en 2008, año previo en que se realizó la encuesta). Es decir, cerca de un millón y medio de personas habían consumido alguna droga en el último año.¹⁷ El consumo de “drogas ilegales”¹⁸ en el último año fue de 1.5% del total de encuestados, muy similar a lo ocurrido en 2008 (1.4%) (SSA-INP, 2012: 26). Son los hombres quienes tienen mayor prevalencia en el consumo de drogas ilegales (2.6%) en comparación con las mujeres en

¹⁵ Para una descripción completa de estas fuentes véase Pérez Correa y Silva (2014).

¹⁶ Se refiere a personas que han consumido sustancias o presentado síntomas o diagnóstico de dependencia en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta.

¹⁷ De acuerdo con el INEGI, la población de entre 12 y 65 años, en 2010, año en que se aplicó la ENA 2011, fue de 77,988,555 (INEGI, 2010). Según los datos proporcionados por la ENA 2011, la prevalencia anual de consumo es de 1.8% del total de encuestados (SSA-INP, 2012).

¹⁸ La ENA incluye en este grupo las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, pasta de cocaína, *crack*, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico (metanfetaminas).

(0.4%). Por otro lado, la edad de inicio de consumo de drogas es, en promedio de 18.8, iniciando los hombres casi dos años antes que las mujeres (SSA-INP, 2012: 29). El grupo de edad en donde se encuentran las prevalencias más altas de consumo es de 18 a 34 años.

Sin embargo, y a pesar del importante número de consumidores que reportan las instituciones de salud, la información existente sobre consumidores y consumo es poco uniforme e integral, aportando escasa información sobre patrones de consumo, formas de abastecimiento, relación con la autoridad, percepciones sobre el consumo propio, etcétera. El resultado es la imposibilidad de abordar el fenómeno desde la perspectiva de los consumidores. Asimismo, es de notar que a pesar de que el alcohol y el tabaco, representan las principales sustancias de consumo (problemático y no problemático), la asignación de recursos es principalmente para el procesamiento penal o el tratamiento obligatorio de consumidores de drogas de uso ilícito, presenten o no problemas con su consumo.

IV. Las respuestas estatales en cifras: instituciones penales y de salud

En esta sección, se presentan datos sobre la forma en que el estado interviene frente al consumo y los consumidores. La sección se divide en tres partes. En las primeras dos se aporta información sobre detención, procesamiento y sentencias registradas por “consumo” y “posesión” a nivel federal y local, respectivamente. Incluimos datos sobre posesión porque, como se mencionó, las bajas dosis establecidas en la Tabla de Orientación de la LGS obligan a suponer que algunas de las personas perseguidas y sancionadas por posesión son consumidores y no comerciantes, aunque afirmamos que es necesaria mayor información que permita discernir el tipo de delitos de posesión que se persiguen para determinar esto con certeza. En la tercera parte, se presenta información sobre el comportamiento de las instituciones de salud frente al consumo.

Los datos recabados para este estudio muestran que, a pesar de que la ley no tipifica el consumo de sustancias de uso ilícito como un delito, las autoridades siguen persiguiendo y sancionando penalmente a los usuarios, no sólo por posesión sino también por consumo. Incluso sin tomar en cuenta los datos sobre posesión, la información sobre casos de consumo muestra que un importante número de consumidores son detenidos, procesados e incluso sentenciados por la conducta de consumo.

a) El consumo y la respuesta de las instituciones del orden federal

En respuesta a una solicitud de información,¹⁹ la Procuraduría General de la República señaló que de 2009 hasta mayo de 2013 han sido detenidas en todo el país 140,860 personas por consumo de drogas (ver tabla 1). Los estados en que más personas fueron detenidas por la PGR en el periodo 2010-2013 son Jalisco (32,373 detenidos), el Distrito Federal (27,295), Baja California (23,195) y Guanajuato (18,551). Nayarit, Durango y Campeche son las entidades con menos detenidos entre 2009 y 2013 (80, 55 y 54 personas detenidas respectivamente). Aun cuando ha habido un constante descenso en la detención de personas por consumo de sustancias de uso ilícito a nivel federal, es notorio el número de detenciones por consumo que sigue realizando la PGR a pesar de no tratarse, salvo excepciones, de una competencia del orden federal.

Tabla 1. Personas detenidas por consumo de drogas

2009	2010	2011	2012	Mayo 2013	Total
46,951	38,000	30,361	21,162	4,386	140,860

Fuente: Información pública otorgada por la Procuraduría General de la República, con número de folio 0001700136313

Los datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2012), una oficina dependiente de la Presidencia de la República, muestran también que de las averiguaciones previas iniciadas en el fuero federal entre 2006 y 2012, un importante número son por consumo (ver tabla 2)²⁰. Otro dato relevante es el número de casos de posesión reportados. Estos casos, como muestra la tabla, representaron entre 2006 y 2012 el 75% de las averiguaciones previas iniciadas por delitos contra la salud. En 2012 representaron 71% de las mismas. Como se mencionó antes, las bajas dosis de consumo en personas establecidas en la Tabla de orientación en la LGS, obligan a suponer que algún porcentaje de estos casos se trata de consumidores que son de facto son criminalizados y equiparados a narcomenudistas. Sin embargo, sin un estudio detenido de los expedientes existentes para estos casos es imposible determinar el porcentaje de casos de consumidores procesados por posesión.

¹⁹ Solicitud de información con número de folio 0001700136313.

²⁰ Hasta 2012, tres años después de aprobada la Ley de Narcomenudeo, el Secretariado separaba las averiguaciones previas iniciadas por consumo. A partir de 2012, el Secretariado dejó de reportar de forma separada al consumo –aunque aclara que los datos de posesión incluyen instancias de consumo–. En otras palabras, dentro de los poseedores (que sí son expresamente criminalizados) se encuentran simples consumidores.

Tabla 2. Incidencia delictiva nacional²¹

Año	Delitos federales	Todos los delitos contra la salud	Posesión/1	Consumo	Porcentaje (%) delitos contra la salud frente a otros delitos federales	Porcentaje (%) Posesión frente a otros delitos contra la salud
2006	109,629	58,066	49,255	27,629	53%	85%
2007	137,289	81,491	71,511	44,170	59%	88%
2008	136,091	73,222	47,535	26,475	54%	65%
2009	131,582	63,404	43,326	24,203	48%	68%
2010	132,227	55,122	39,189	14,577	42%	71%
2011	133,045	42,747	31,665	9,926	32%	74%
2012	125,328	27,870	19,643	-*	22%	70%
2013	98,189	8,836	5,009	-*	9%	57%
Total	1,003,380	410,758	307,133	146,980	41%	75%

Fuente: Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2014).

1/ Las cifras de posesión incluyen consumo.

* Para 2012 ya no se desagregan los datos de consumo de los de posesión.

De manera sorprendente, entre los siete delitos que reporta el Secretariado del fuero común (de competencia local, en donde se encuentran los delitos de narcomenudeo), no figuran los delitos contra la salud (que incluyen los que involucran drogas de uso ilícito). Esto puede ser por el bajo porcentaje que representan estos casos en el trabajo de las procuradurías locales aunque también puede apuntar algo de lo que otros datos parecen indicar: que las entidades federativas aun no se están haciendo cargo de los delitos de contra la salud.

La información de la PGR²² sobre las averiguaciones previas iniciadas y consignadas por “consumo de narcóticos”²³ desde el año 2006 muestra que las averiguaciones previas disminuyeron sustancialmente después de 2009, año en que se publicó la Ley de Narcomenudeo (tabla 3). Además indican, como es común en el sistema penal mexicano, que el número de averiguaciones previas consignadas ante juez (es decir, los casos en los que el

²¹ De acuerdo con el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, los datos sobre incidencia delictiva a nivel estatal “corresponden a las averiguaciones previas o carpetas de investigación iniciadas por delitos en contra de uno o varios ofendidos, en las que pudieran estar involucradas una o más víctimas u ofendidos o tutelar más de un bien jurídico”. Véase SESNSP (2012).

²² Mediante solicitud de información pública con número de folio 0001700169413.

²³ Se utiliza el término narcóticos por ser el usado por la legislación y la que usamos para pedir información a las autoridades, aunque el término legal también comprende otro tipo de sustancias psicoactivas. Preferimos en todo caso el término drogas de uso ilícito, pero por claridad en la información, utilizamos el términos usados por la autoridad.

ministerio público decide presentar el caso ante el poder judicial) representan una fracción relativamente pequeña de la averiguaciones previas iniciadas.²⁴ Es de notar que la dependencia encargada de perseguir y castigar los delitos a nivel federal supone el “consumo de narcóticos” como un delito, cuando no lo es.

Tabla 3. Averiguaciones previas iniciadas y consignadas por consumo de narcóticos.
Nivel federal

Año	Iniciadas	Consignadas		
		Con detenido	Sin detenido	Total
2006	27,629	1,225	802	2,027
2007	28,156	1,304	803	2,107
2008	26,475	1,216	641	1,857
2009	24,203	1,402	902	2,304
2010	14,577	794	1,486	2,280
2011	9,926	975	1,042	2,017
2012	3,368	458	419	877
abr-13	1,695	52	41	93
Total	136,029	7,426	6,136	13,562

Fuente: Información pública otorgada por la Procuraduría General de la República, vía sistema INFOMEX (folio 0001700169413).

Solicitamos a las autoridades de procuración de justicia la información relacionada con las “resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal dictadas en el periodo de 2009 a 2012 a favor de consumidores o farmacodependientes”.²⁵ Asimismo, preguntamos sobre el número de consumidores a los que se les informó la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento o para la prevención de la farmacodependencia y cuántos han iniciado tratamiento forzoso con base en el artículo 193 bis de la Ley General de Salud.

²⁴ El proceso penal mexicano puede ser visto como un proceso lineal compuesto de tres fases: averiguación previa, instrucción, y conclusiones o sentencia. Durante la averiguación previa, la policía y los peritos, bajo la dirección del ministerio público, realizan investigaciones para determinar si se ha cometido un delito. Si se determina que un delito se cometió, se busca encontrar posibles responsables y/o pruebas para acusar formalmente a los detenidos. En caso de haber un detenido, los fiscales cuentan con un plazo de 48 horas (72 horas para ciertos delitos) para encontrar suficientes pruebas para inculpar al detenido. Si se encuentra a un presunto responsable, o si se reúne suficientes pruebas para proceder en contra de un detenido, el expediente se manda al poder judicial para que un juez decida si emite o no una orden de aprehensión y se inicie la etapa de instrucción. En este punto la averiguación previa se entiende que ha sido consignada ante un juez. De no ser el caso que se encuentren suficientes pruebas o si se determina que la conducta no constituye un hecho delictivo, el caso es archivado como no ejercicio de la acción penal.

²⁵ Consideramos que el término farmacodependiente es problemático por ser descalificativo. Sin embargo, dado que es el término que usa la Ley General de Salud, lo usamos en este texto para reportar los datos que las autoridades reportan.

En el periodo 2009-2012, a nivel federal, se han emitido 89,086 resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal (NEAP) a “farmacodependientes o consumidores”.²⁶ 2009 fue el año en que más resoluciones de NEAP fueron emitidas (36,926) aunque se han ido reduciendo paulatinamente cada año. Para 2012 la emisión de NEAPs se redujo en 70% (11,011) respecto a 2009. Lo mismo sucedió en el caso de “farmacodependientes que han iniciado tratamientos forzosos”, reduciéndose el número de personas en 43% de 2009 (con 12,977 tratamientos forzosos) a 2012 (7,420 tratamientos forzosos). En total, en ese periodo iniciaron tratamiento forzoso 29,867 personas, y lo concluyeron 20,646. Al igual que las cifras anteriores, notamos que estos números siguen siendo muy elevados, sobre todo tomando en cuenta que la materia ya no es de competencia federal y que se trata de recursos que debieran utilizarse para investigar y perseguir delitos de trascendencia social.

b) El consumo y las instituciones del orden local

Aunque solicitamos información sobre personas detenidas por “consumo de narcóticos” a todas las entidades federativas (32), obtuvimos respuesta de 28 estados. De estos, 16 proporcionaron la información solicitada, mientras que seis²⁷ proporcionaron información de narcomenudeo y otras cuatro²⁸ manifestaron desconocer la información requerida. De acuerdo con la información obtenida, en los estados que proporcionaron información hubo un total de 4,708 detenidos por consumo.

De las solicitudes realizadas a las Procuradurías de Justicia de las entidades federativas, para conocer el número de averiguaciones previas iniciadas por consumo de drogas de uso ilícito a partir de la aprobación de la Ley de Narcomenudeo; 29 entidades federativas respondieron. De éstas, 13 proporcionaron la información requerida, mientras que nueve²⁹ proporcionaron datos por el delito de narcomenudeo sin distinguir entre consumo y narcomenudeo. De la misma forma, Tabasco respondió dando información general sobre “delitos contra la salud”. Solamente Distrito Federal, Guanajuato y Sinaloa respondieron que no contaban con la información, ya que el consumo de narcóticos no es un delito.³⁰

²⁶ Respuesta de la PGR a solicitud de información pública con número de folio 0001700095613.

²⁷ Nuevo León, Puebla, Sonora, Guerrero y San Luis Potosí

²⁸ Veracruz, Tlaxcala, Aguascalientes y Estado de México.

²⁹ Jalisco, Chihuahua, Yucatán, Sonora, Chiapas, Nuevo León, Puebla, Tamaulipas, Michoacán.

³⁰ En Guerrero, Estado de México y Veracruz no contaban con información alguna; en Tlaxcala no respondieron a la solicitud.

Los datos indican que desde 2009 las procuradurías locales han iniciado 889 averiguaciones previas en contra de consumidores, siendo Quintana Roo el estado en que más averiguaciones previas se iniciaron (34% de las averiguaciones consignadas), seguido por Campeche (22% de las averiguaciones consignadas). De las averiguaciones iniciadas en todas las entidades, se consignaron ante juez el 47% (416), siendo el estado de Quintana Roo donde más averiguaciones previas se consignaron.

También realizamos solicitudes a las instituciones de cada una de las entidades federativas para conocer la información sobre consumidores procesados y sentenciados. Dos entidades (Sonora y Morelos) reportaron información de sentencias (absolutorias y condenatorias) por consumo. A pesar de que el consumo no es una conducta delictiva, encontramos en estos estados 34 sentencias condenatorias en contra de consumidores. En estos casos, pareciera que la inercia ministerial y judicial no ha cobrado cuenta de las reformas aprobadas hace casi tres años.

A nivel local, también solicitamos a las autoridades de procuración de justicia la información relacionada con las resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal dictadas en el periodo de 2009 a 2012 a favor de consumidores, y se cuestionó acerca del número de personas a quienes se informó la ubicación de las “instituciones o centros para el tratamiento o para la prevención de la farmacodependencia” y cuántos han iniciado tratamiento forzoso con base en el artículo 193 bis de la Ley General de Salud.³¹

La información obtenida de los estados no fue uniforme, debido a que las autoridades locales fueron inconsistentes en sus respuestas.³² De la información obtenida, en el periodo 2009-2012, a nivel local, se han emitido 1,639 resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal, concentrándose la mayoría (98%) en 2012; 36% fueron en el estado de Jalisco, 26% en Baja California y 9% en Guanajuato (ver tabla 4).

En el caso de “farmacodependientes” a los que se informó la ubicación de los centros de tratamiento, las autoridades reportaron un total de 3931 casos, la mayoría (99%) en 2012. Por otro lado, se iniciaron 7,797 tratamientos forzosos a “farmacodependientes” entre 2009 y 2012; de ellos, 82% ha concluido dicho tratamiento. La entidad en que más usuarios han iniciado tratamiento forzoso fue Baja California, con 5,270 (68% del total), mismos que se

³¹**Artículo 193 Bis, LGS.-** Cuando el centro o institución reciba reporte del No Ejercicio de la Acción Penal, en términos del artículo 478 de esta Ley, las autoridades de salud deberán citar al farmacodependiente o consumidor, a efecto de proporcionarle orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia o en aquellos preventivos de la misma.

Al tercer reporte del Ministerio Público el tratamiento del farmacodependiente será obligatorio.

³² Algunas de las veces no respondieron a las solicitudes de información. Otras manifestaban que no contaban o desconocían la información. Otras entidades proporcionaron información relativa a narcomenudeo.

concluyeron en su totalidad; después Nayarit (con 752 tratamientos iniciados y 355 concluidos) y Morelos (con 343 iniciados, de los cuales concluyó 40%).

Tabla 4. Resoluciones de No Ejercicio de la Acción Penal y Tratamiento Forzoso. Nivel local.

Año	Resoluciones de No Ejercicio de Acción Penal emitidas a farmacodependientes	Farmacodependientes y consumidores a los que se les informó la ubicación de las instituciones o centros de tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia	Farmacodependientes y consumidores que han iniciado tratamiento forzoso	Farmacodependientes y consumidores que han concluido tratamiento forzoso
2009	0	0	976	885
2010	0	0	1,937	1,800
2011	7	0	2,084	1,710
2012	1,611	3,911	2,333	1,775
Sin especificar	21	20	467	199
Total	1,639	3,931	7,797	6,369

Fuente: Elaborada con información pública otorgada por las Procuradurías de Justicia locales en diversas solicitudes de información.

La inconsistencia en la información proporcionada por las entidades federativas indica cierta opacidad y/u omisión en el trato al consumo de drogas de uso ilícito y consumidores. Es posible que las variaciones en las respuestas dadas entre una entidad y otra se deba a una falta de sistematización institucional y/o a una falta de claridad sobre las obligaciones en la materia. Es posible que algunos estados sigan dependiendo de la Procuraduría General de Justicia para procesar los casos en materia de consumo y narcomenudeo. En todo caso, parece existir una falta de interés (o capacidad) por documentar el trabajo que hacen las autoridades ministeriales y policiales en el tema o una falta de transparencia en la materia.

Los datos presentados en este apartado, finalmente, muestran que existe un importante número de personas que son detenidas procesadas y sentenciadas por consumo, tanto a nivel federal como a nivel estatal, a pesar de que el consumo no esté tipificado como delito.

c) Instituciones de salud

Como se mencionó en la segunda sección de este texto, la Ley de Narcomenudeo estableció que, en casos de consumo, el ministerio público debe informar a la autoridad sanitaria del No Ejercicio de la Acción Penal para que ésta promueva al consumidor o farmacodependiente a la

orientación médica o de prevención. Al tercer reporte de No Ejercicio de la Acción Penal por parte del ministerio público, el tratamiento será forzoso.

La información obtenida a través de este estudio apunta a que existe poca claridad, tanto por parte de las autoridades de salud, como por parte de la autoridad ministerial, sobre cómo se actualizan las obligaciones en materia de consumo por parte de las autoridades de salud. Solicitamos información a las instituciones de salud para conocer el número de instituciones en las que se ha recibido reportes de no ejercicio de la acción penal por parte de los ministerios públicos locales y para conocer el número de veces en que se han dado tratamientos obligatorios. En respuesta a la solicitud, la Secretaría de Salud Federal, a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), señaló que a partir de 2011 –año en que se creó el CENADIC–,³³ se han atendido 97 solicitudes (50 en 2011 y 47 en 2012) para atender la adicción de personas consumidoras de drogas.³⁴ Asimismo, la dependencia señaló que no realizó ninguna cita a farmacodependientes o consumidores de drogas para proporcionar orientación, toda vez que el CENADIC no ejecuta acciones de tratamiento.

Las secretarías de las entidades federativas a su vez informaron que: “Se han recibido 8,325 resoluciones del No Ejercicio de la Acción Penal por parte de las autoridades ministeriales, de las cuales 42% fueron en el estado de Baja California y 11% en Guanajuato”.³⁵ Esta información, sin embargo, no coincide con lo manifestado por las procuradurías locales. Como se mostró en el apartado anterior, de acuerdo con la información aportada por las procuradurías locales, de 2009 a 2012, se emitieron 1,639 resoluciones de NEAP. A la vez, la Procuraduría Federal manifestó que en el periodo 2009-2012, a nivel federal, se emitieron 89,086 resoluciones de “No Ejercicio de la Acción Penal (NEAP) a farmacodependientes o consumidores”. Tanto en el caso de las procuradurías locales como en el caso de los federales debería haberse recibido la resolución de No Ejercicio de la Acción Penal por parte del ministerio público. No obstante, esto no parece ser el caso.

Al incluir información sobre las instituciones de salud, se hace más evidente la incertidumbre bajo la cual operan las diversas autoridades en materia de consumo. Además, se muestra la desproporción del trabajo que hacen las autoridades de procuración de justicia

³³ Creado mediante el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el 6 de enero de 2011. Corresponde al CENADIC ejercer las atribuciones que las leyes otorgan a la Secretaría de Salud en materia de prevención y control de las adicciones como un problema de control de enfermedades (art. 45 bis).

³⁴ Respuesta a solicitud de información pública, con número de folio 0001200111213.

³⁵ Campeche, Hidalgo, Tabasco y Tamaulipas no cuentan con la información o la desconocen. Guerrero, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, Yucatán y Colima, no respondieron a la solicitud.

frente al que realizan las autoridades de salud, siendo las primeras quienes más reportan casos de consumo y “farmacodependencia”. Esto hace evidente el enfoque punitivo en política de drogas que existe en el país.

Nuevamente, los datos muestran que a tres años de aprobada la Ley General de Salud, las autoridades federales –no sólo penales sino también de salud– siguen siendo las principales responsables de tratar los casos en materia de tratamiento y prevención de consumo de drogas de uso ilícito.

Bibliografía

Código Penal Federal.

Human Rights Watch (2011). *Neither Rights Nor Security Killings, Torture, and Disappearances in Mexico's "War on Drugs"*. EUA: HRW. Disponible en http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/mexico1111webwcover_0.pdf

INFOMEX, Sistema de Acceso a la Información Pública.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI.

Ley General de Salud.

Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009.

Pérez Correa, C. Alonso, F. y Silva K. (2013). *La reforma en materia de narcomenudeo: seguimiento de los cambios legislativos e institucionales*. México: CIDE. Disponible en <http://www.cide.mx/dts.php?d=4>.

Pérez Correa, C. y Azaola, E. (2012). *Resultados de la Primera Encuesta Realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social*. México: CIDE.

Pérez Correa, C. y Meneses, R. (2014, por publicarse), *La guerra contra las drogas y el procesamiento penal de los delitos de drogas 2006-2012*, Cuadernos de Trabajo, Programa de Política de Drogas, México: PPD-CIDE.

Pérez Correa, C y Silva, K. (2014), *El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México*, Cuadernos de Trabajo, Programa de Política de Drogas, México: PPD-CIDE.

Secretaría de Salud (2013). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2012*. México: SSA.

- SSA-INP (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz) (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. México: SSA-INP.
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2012). *Incidencia delictiva nacional, Fuero Federal*. México: SESNSP. Disponible en: http://www.secretariadoejecutivosnsp.gob.mx/en/SecretariadoEjecutivo/Incidencia_Delictiva_Nacional_fuero_federal_ [última consulta: marzo, 2013].
- Silva Forné, C., Pérez Correa, C. y Gutiérrez Rivas, R. (2012). Uso de la fuerza letal. Muertos, heridos y detenidos en enfrentamientos de las fuerzas federales con presuntos miembros de la delincuencia organizada. *Desacatos, Revista de Antropología Social*, 40, pp. 47-64.
- Zepeda Lecuona, G. (2010). *¿Cuánto cuesta la prisión sin condena? Costos económicos y sociales de la prisión preventiva en México*. México: Open Society Justice Initiative.

LOS USUARIOS DE DROGAS EN EL PERÚ. POLÍTICAS, DERECHOS Y PROBLEMAS.

Ricardo Soberón Garrido

Introducción

En el Estudio: *“Los Usuarios de Drogas en el Perú. Políticas, Derechos y Problemas”*, partimos por reconocer el límite al que ha llegado el paradigma político jurídico actual de la abstinencia para enfrentar y contener el uso problemático de drogas en el mundo, la sociedad y las personas. Consta de una Introducción, cuatro partes y un set de Conclusiones y Recomendaciones. Las partes son: i) La Evolución de las Políticas, ii) el Problema de las Drogas en el Perú, iii) Los Derechos y Obligaciones Involucrados, y iv) Los Problemas detectados en términos de derechos individuales y servicios. El Estudio se sostiene en el reconocimiento de una perspectiva de promoción y protección de los Derechos Humanos, que debe alimentar las políticas de drogas, desde la salud pública, como prestación esencial a cargo del Estado.

El Perú es uno de los pocos países de la región Andina en los que prevalece una concepción conservadora reacia a cualquier reforma política o normativa en materia de drogas. Aunque formalmente se reconoce la existencia de múltiples formas y contextos para el uso de sustancias con capacidad psicoactiva, entre las que se encuentran las prácticas culturales en el mundo andino amazónico (san pedro, ayahuasca, coca)¹, el comportamiento oficial desde la Presidencia de la República, la Iglesia, la prensa, DEVIDA, las autoridades judiciales y otros actores, es altamente conservador, restrictivo y restringido en relación a los usos, las personas que usan y las respuestas del Estado.

Finalizamos con un set de Conclusiones y Recomendaciones que deben servir para la adecuada toma de decisiones de los próximos gobiernos del Perú, quienes deben evaluar, revisar y corregir en los textos normativos domésticos, así como en los instrumentos de la gestión pública, una mejor delimitación y alcances de los conceptos asociados a la salud, salud mental y usos de sustancias.

¹ESCOHOTADO Antonio, “Historia General de las Drogas”, Madrid 2002.

i) La Evolución de las Políticas

La respuesta normativa institucional del Perú puede clasificarse en cuatro momentos: (i) la aduanera, (ii) la penal, (iii) la incorporación de los aspectos sanitarios y, por último, (iv) la profundización de la respuesta penal.

Históricamente, el tratamiento del problema de las drogas surgió como un asunto de orden aduanero y no de salud pública, lo cual representa una novedad en relación a lo ocurrido en otros países. Esto se relaciona al hecho de que durante el siglo XIX se desarrolló una intensa actividad comercial entre los miembros de las comunidades chinas que vivían en las costas del Perú que consumían y fumaban el opio producido en las regiones de Amazonas y Cajamarca; asimismo, desde 1870 se creó un complejo mercado internacional de productos legales de coca proveniente de las regiones de Huánuco y Cusco, tales como el sulfato de cocaína y otras sales.

El Código de Aduanas del 11 de marzo de 1920 estableció los primeros criterios administrativos para poder exportar sustancias provenientes de la coca u otras sustancias psicoactivas, al que tuvieron que acogerse los empresarios peruanos que eran dueños de haciendas, laboratorios y tiendas comerciales de coca y sus productos.

En una segunda etapa, el Decreto Ley 11005 del 28 de marzo de 1949, se convirtió en la primera norma estrictamente penal en abordar la problemática de las drogas, su tráfico y uso. Esta segunda etapa, según Rubio, se caracteriza por la incorporación de lo sanitario. El Decreto Ley 17505 del 18 de Marzo de 1969, también llamado Código Sanitario, reconoce la toxicomanía como un problema de salud pública, *“no solo por el daño sufrido por el adicto, sino porque el contagio por sugestión, produce la forma endémica”*², es decir, de forma asombrosa habla de un contagio mental por sugestión.

La tercera etapa de la evolución legislativa en el Perú, se materializa con el Decreto Ley 19505, del 22 de agosto de 1972, es la primera en diferenciar el lucro del consumo, despenaliza la adquisición o consumo individual y dicta medidas de protección al consumidor, tratando la toxicomanía como un problema social. La última etapa se corresponde propiamente con el inicio de la denominada Guerra contra las Drogas en la región Andina, que se refleja a partir de 1978 con la dación del Decreto Ley 22095 en 1978, primera ley antidrogas comprehensiva del país, con la firma de convenios bilaterales con EE.UU, que permitieron el acercamiento de la cooperación antidroga norteamericana en el Perú, así como

² RUBIO CORREA Marcial, “Legislación Peruana sobre Drogas a partir de 1920”, Monografía de Investigación del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas”, Lima, Perú 1988, página 12.

con la concreción de una perspectiva represiva y la emisión de un significativo número de leyes sustantivas y procesales en el Perú, destinadas a combatir este problema por la vía penal, policivo militar.

La Reforma de la Salud producida en los años 90, durante el Gobierno de Alberto Fujimori, estuvo dirigida a focalizar el gasto público de forma selectiva, los programas de administración compartida con el sector privado, el fortalecimiento de los servicios de reforma de seguridad social, entre otros mecanismos, desde una perspectiva esencialmente asistencialista, propia de ese gobierno y en un contexto difícil relativo a los contenidos específicos, la exigibilidad y/o la judicialización de los derechos económicos y sociales. La situación se hace más difícil, en un campo como el del consumo de drogas, en donde hay aún, muchas dudas, prejuicios y zonas grises.

ii) El problema de uso de drogas de uso ilícito en el Perú

Las primeras referencias sobre uso de drogas, relataban la aparición de casos de dependencia entre los años 60 y 70, así como el surgimiento de las primeras iniciativas públicas (Centro de Rehabilitación de Ñaña, Ministerio de Salud y otras de origen privado, como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos)³. Algunos analistas, calculan que hay más de 100,000 peruanos con problemas de consumo y adicción a drogas cocaínicas⁴.

La actual Estrategia Nacional de Control de Drogas 2012-2016, elaborada y presentada por DEVIDA, y aprobada por el Gobierno peruano en febrero del 2012, señala que el 5.1% de la población peruana ha hecho uso de drogas, alguna vez en su vida. El último instrumento de medición sobre consumo es la IV Encuesta Nacional de Consumo en Población en General (DEVIDA, 2011), la cual calcula el número de usuarios en el último año, en 249,974 personas; de ellos, 168,245 han usado marihuana; 75,506 pasta básica de cocaína y 49,927 personas, han hecho uso de cocaína.

Las cifras oficiales de la Comisión Nacional de una Vida sin Drogas, DEVIDA, usualmente recogen información procedente de tres universos específicos: (i) población en general, (ii) universitarios, y (iii) escolares; éstos como los segmentos más vulnerables y/o focalizados. Existe poca capacidad para hacer seguimiento fino de situaciones particulares,

³ Programa de Intervención en Personas con Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas recluidas en Establecimientos Penitenciarios Peruanos”, DEVIDA, INPE, OAS OEA, 2008, página 9

⁴ GARCIA DIAZ Jaime, “Narcotráfico: La Nueva Amenaza a la Seguridad y el Clima de los Negocios” en Narcotráfico: Amenaza al Crecimiento Sostenible del Perú, MACROCONSULT, 2008.

pues se tiende a la generalización de la estadística, la información proveniente de encuestas. ¿Cuál es la situación?

Otra fuente de información es la IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General del Perú, 2010⁵, aplicada a población entre 12 y 65 años, en 21,628 viviendas, en 40 ciudades del país. El objetivo de este instrumento, es dar a conocer la magnitud, características, conexiones y factores asociados al consumo de drogas ilegales en población urbana del Perú.

Cuadro 1. Prevalencia de uso (una vez en la vida), Población en general

	Vida	Año	Mes
Drogas Legales	77.77	54.7	34
Alcohol	75.4	52.4	30.5
Tabaco	49.8	21.1	13.3
Drogas Ilegales	4.8	1.5	0.9
Marihuana	3.8	1	0.5
Cocaína	1.7	0.4	0.3
PBC	1.5	0.5	0.3

Fuente: http://www.opd.gob.pe/cdoc/_cdocumentacion/Informe_Ejecutivo_Población_General_2010.pdf

Un análisis de los resultados obtenidos arroja la gran diferencia que existe en el problema de uso recurrente de drogas legales, respecto de las ilegales: 34 versus 0.9. La referida encuesta estima en 180,000 las personas “*que podrían estar experimentando algún daño a su salud física y mental y un mayor riesgo psicosocial debido al uso reciente y actual de drogas ilegales*”⁶. Más específicamente delimita el universo en 180,700 personas que usan drogas ilícitas en el país, que incluye: 124,364 usuarios de marihuana, 49,927 de cocaína y 55,813 usuarios de PBC.

⁵http://www.opd.gob.pe/cdoc/_cdocumentacion/Informe_Ejecutivo_Población_General_2010.pdf

⁶ Encuesta Población en General, página 20.f

iii) Una perspectiva del Uso desde los Derechos y Obligaciones

No existen dudas sobre el rango constitucional de la salud pública en el Perú, reconocida por dispositivos de la Constitución de 1993⁷, y, de todos los instrumentos internacionales de Derechos Humanos aprobados por el Estado peruano⁸. El artículo 7, que reconoce “*el derecho a la protección de la salud de las personas con discapacidad física y mental*”, debe ser analizado en concordancia con el artículo 8 que señala: “*El Estado combate y sanciona el tráfico ilícito de drogas. Asimismo, regula el uso de los tóxicos sociales*”, mismo que refleja la enorme contradicción constitucional de un Estado que se beneficia de la actividad comercial que le representa el comercio de drogas de uso lícito (alcohol y tabaco), y pretende prohibir el comercio de las de uso ilícito.

A pesar de los avances normativos alcanzados en el concepto de economía social de mercado en la Constitución de 1993, así como en las escasas decisiones del Tribunal Constitucional a favor de causas relativas a la protección del derecho a la salud, los esfuerzos no han sido suficientes para impactar en los funcionarios del Ministerio de Economía y garantizar así, el acceso y calidad de servicios de salud en el Perú. Los impactos profundos de las políticas económicas neoliberales, de privatización de los servicios públicos, sobre el Sistema institucional de Salud, han sido debidamente documentadas en los últimos años. Hemos identificado solo 7 peticiones presentadas ante el Tribunal Constitucional peruano, relacionadas de algún modo a la salud mental.

⁷ Artículo 7: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad” (subrayado nuestro).

⁸ Art 17 Convención Americana, Art 25.1, Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art XI de la Declaración Americana de los Derechos Humanos.

Cuadro 2. Acciones relativas a Salud Mental.

2005	Acción de Amparo, pago de pensiones a paciente con enfermedad mental	03593
2006	Habeas Corpus	05842
2007	Acción de Amparo	03081
2008	Acción de Amparo	02480
2008	Habeas Corpus	03426
2009	Habeas Corpus	02313
2009	Habeas Corpus	05003

Fuente: Tribunal Constitucional del Perú, http://www.tc.gob.pe/tc_jurisprudencia_sis_05.php

iv) Los Principales Problemas de los Usuarios en el Perú

¿A qué niveles se producen los incumplimientos de los Derechos Humanos que se encuentran alrededor del uso de sustancias en el Perú?, las violaciones de libertades, las omisiones por parte del Estado, en el caso de los usuarios, se producen en distintos niveles que se mencionan a continuación:

Primer problema: La Libertad y la Autonomía personal, el problema de los umbrales y, la falta de voluntariedad en casos de internamiento obligatorio.

Un aspecto fundamental que refleja a cabalidad la actitud del Estado peruano en torno al problema de salud mental asociado al uso problemático de drogas es el funcionamiento de las agencias de la represión policial, que han tenido severos impactos en los derechos fundamentales de los afectados, por tratarse de usuarios de drogas de uso ilícito. Esto, además, ha dado lugar a que varios operadores judiciales sean muy restrictivos al momento de revisar el respeto al principio de legalidad y otros, en los procesos de Tráfico Ilícito de Drogas (TID). Es el caso, por ejemplo, del Tribunal Constitucional que frente a acciones de garantía interpuestas por detención excesiva o concesión de beneficios para delitos de tráfico de drogas (*caso de Sentencia 0003-2007-PI/TC que declara infundada acción de inconstitucionalidad interpuesta que cuestiona artículo de Ley 27765 sobre Lavado de Activos la misma que prohíbe*

*concesión de beneficios penitenciarios*⁹), avala la continuación de un acto ilegal, por motivos de seguridad.

Pero el principal problema surge con las normas provenientes del Código Penal que establecen que el consumo personal no es punible (artículo 299). Para ello, por desarrollo legislativo se ha creído conveniente poner en funcionamiento un sistema de tasas por cantidades de drogas, hasta los cuales se puede considerar la posesión para consumo personal, o dosis mínima. El establecimiento de topes y cantidades se inició en julio del 2002, con la Ley 27817 que estableció topes de posesión de droga, para el caso de la PBC (50 gramos), el clorhidrato de cocaína (25 gramos) y la marihuana (80 gramos).

Posteriormente, dichos topes fueron reducidos mediante Ley 28002, publicada el 16 de junio del 2003. En la actualidad, la tasación vigente para los casos de posesión personal de drogas ilícitas, corresponde a las siguientes cantidades: en el caso de la marihuana hasta 8 gramos, en el caso de la pasta básica de cocaína, 5 gramos, y, en el caso del clorhidrato de cocaína, hasta 2 gramos; para que la posesión sea considerada dosis personal para el propio e inmediato consumo. Esto significa que de facto, los consumidores son detenidos y tratados como vendedores o comerciantes de drogas de uso ilícito porque suelen ser detenidos con cantidades que sobrepasan las dosis permitidas, de tal forma que al mirar los datos por posesión es necesario suponer que algunas de las personas son realmente consumidoras.

A continuación, presentamos una tabla con los resultados de detenciones policiales por tipos de delitos de drogas:

Cuadro 3.- Sobre detenciones policiales por tipo de delito de drogas

	Trafico	Micro Comercio	Consumo	Menores	Total	% detenidos por consumo, respecto del total
2008	2372	2494	7466	366	12698	58.7
2009	2504	2974	7276	488	13242	54.9
2010	3557	3597	5402	124	12680	42.6
2011	3338	2835	6505	561	13239	49.1
2012	3120	2496	9107	620	15343	59.3

Fuente: DINANDRO, Observatorio Peruano de Drogas

⁹ <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/00033-2007-AI.html>

Lo primero que se puede observar (y reprobar) de la lectura del cuadro 3, es que cada año la Policía peruana detiene a un significativo número de menores de edad por supuestos delitos de drogas y esto en sí mismo constituye una flagrante violación a los DD.HH y los principios generales del Derecho Penal peruano.

Según la información recogida por el equipo que trabaja cotidianamente en la atención de la “Línea Verde”, una línea de atención y protección para usuarios de cannabis que son detenidos ilegalmente por la Policía en Lima, en más del 50% de solicitudes, de las detenciones por consumo o porte personal se suceden intentos de abuso (como siembra de otras drogas), violencia física y/o corrupción (solicitud de dinero), hasta antes de la llegada del Fiscal a la sede policial. Observemos con mayor detalle los datos obtenidos por “Línea Verde”, como mecanismo de asistencia y protección a usuarios, creado desde el CIDDH para atención de casos de detención policial en casos de posesión de cannabis. La ley penal peruana, permite la posesión de hasta 8 gramos de marihuana; cantidades mayores pueden ser objeto de persecución y detención policial como micro comercio.

Cuadro 4. Casos recogidos en la “Línea Verde”

	Resolución en calle (coordinador - por teléfono)	Resolución en Comisaría (coordinador - por teléfono)	Resolución en Comisaría (abogado - por teléfono)	Resolución en Comisaría (abogado - en persona)	Resolución en Fiscalía (abogado - en persona)	Resolución en Juzgado (abogado - en persona)	Total de casos de detención	Número de personas atendidas
2011	5	2	0	5	3	0	15	21
2012	12	14	2	7	2	0	37	53
2013	9	7	1	1	3	1	21	28
TOTAL	26	23	3	13	8	1	73	102

Fuente: Elaboración propia con información del CIDDH, Línea Verde

El 15 de febrero del 2013, con ocasión de una invitación recibida por el autor, para dar una Conferencia en un Curso de Especialización en la sede de la DIRANDRO, el equipo del CIDDH realizó una encuesta anónima a 42 policías de dicha dependencia, unidad especializada en la lucha antidrogas, sobre diversos aspectos de su actividad profesional, entre los cuales se encuentra la pregunta sobre su opinión respecto a la forma como se debía abordar el consumo de drogas.

“En el imaginario de los efectivos antidrogas del Perú, el consumo de drogas sí debe ser considerado como una actividad ilícita. La principal razón de esta afirmación es que el consumo de drogas trae

*una fuerte carga de problemas socioeconómicos tanto para el individuo que consume sustancias psicoactivas como para la sociedad donde se encuentra. Contrario a lo que se esperaba, **solo un 26% señala que no debe considerarse el consumo de drogas como una actividad ilícita.** Entre las justificaciones, toma relevancia el hecho de que el consumo es, básicamente, un tema de salud pública”¹⁰.*

La última parte del complejo problema que hay entre uso de drogas, salud y sistema penal, corresponde a la situación del uso de drogas en las cárceles peruanas, donde actualmente se encuentran recluidas aproximadamente 67,000 personas. La información oficial del INPE demuestra que el universo de la población carcelaria peruana es mayoritariamente de varones, jóvenes, en edad de trabajo, en su mayoría tienen calidad de procesados. La infraestructura y los servicios son deficientes cuando no inexistentes, lo que no garantiza la rehabilitación. Desde hace varios años, los informes mensuales del INPE¹¹, hacen referencia al problema del uso de drogas como uno de los asuntos más preocupantes del control de los establecimientos carcelarios en el país, asociados al agudo problema de la corrupción de los funcionarios públicos del INPE y la Policía Nacional. Un dato que nos ayuda a entender el grado de vulnerabilidad frente al consumo de drogas de uso ilícito, es el que arroja la encuesta dirigida a las internas del Anexo de Chorrillos, elaborada por las abogadas del Consultorio Jurídico del Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos, en Agosto del 2011 a 51 internas: A la pregunta “¿ha Sufrido de problemas psicológicos (depresión, pánico, angustia, estrés) desde que ingresó al Penal?”, 48 respondieron afirmativamente y solo 3 dijeron que no¹², lo que podría mostrar un grado de vulnerabilidad al consumo de drogas.

En febrero del 2009, la Defensoría publicó el Informe 140. En cuanto a las regiones manifiesta: “*la salud mental no está siendo priorizada por la mayoría de Gobiernos Regionales*”¹³. Sobre el tema de la voluntariedad enfatizaba la necesidad de regulación legislativa sobre las formas de internamiento, voluntario e involuntario, así como la necesidad de hacer revisión periódica de las órdenes de internamiento.

Segundo Problema: La falta de acceso y calidad de Servicios

Existe una ausencia de liderazgo institucional del Estado, en donde las instituciones (Ministerio de Salud, DEVIDA, municipios) evitan asumir sus responsabilidades en la

¹⁰ Documento interno del CIDDH de evaluación de la referida Encuesta.

¹¹ <http://www.inpe.gob.pe/menu/>

¹² “Drogas y Políticas Carcelarias en el Perú”, CIDDH, Boletín Número 5. Diciembre 2012

¹³ <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/resoluciones/2009/RD-010-2009.pdf> (pág 5).

situación de prevención y en la de tratamiento. Existen aproximadamente 500 centros informales de atención, sujetos a la iniciativa privada con nula supervisión por parte de las autoridades correspondientes; un Resumen Ejecutivo del 16 de Agosto del 2011, hecho por el Área de Prevención de DEVIDA, hablaba de 219 centros formales de atención a dependientes en el país.

Los infortunados hechos ocurridos en 2011 y 2012 en 2 centros de rehabilitación informales en Lima, demuestran lo caótico de la situación de falta de orden y de control en el funcionamiento de este sistema dejado en manos de las personas de buena voluntad o carentes de un criterio mínimo de orden técnico, profesional o incluso ético. Dos incendios provocados por riñas entre internos, ocasionaron la muerte por ahogo y quemaduras de un total de 46 internos. Recientemente, se conoció la sentencia a 18 años de reclusión, emitida por el 24 Juzgado Penal con Reos en Cárcel para el Director de uno de ellos, denominado “*Cristo es Amor*” ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, en el que murieron 29 internos.

Luego, sobrevino la Ley 29765 de julio 2010, que regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que habiendo sido publicado el Reglamento, no ha surtido mayor efecto pues solamente 3 centros de rehabilitación existentes, habrían cumplido los 17 requisitos establecidos por dicho Reglamento¹⁴. El análisis de esta ley, que regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención para Dependientes bajo la Modalidad de Comunidades Terapéuticas en el Perú, nos dice que se trata de una ley con escasos 6 artículos, aprobada el 14 de julio del 2011, es decir en las postrimerías del gobierno de Alan García (2006/2011), con poco debate político y técnico, para lograr consensos sobre los objetivos y mecanismos previstos. Actualmente, se deja en manos de terceros, particulares, privados, la operación de los centros terapéuticos con escaso control estatal. Además, el otorgamiento del servicio de atención a los usuarios se hace con diversas metodologías y propuestas, que no siempre son calificadas o verificadas por la autoridad sanitaria.

La revisión de la distribución presupuestal del Estado y la Salud Mental, evidencian la escasa importancia que ha tenido y tiene el problema de consumo de drogas, en lo que a distribución presupuestal se refiere. Si revisamos en el siguiente Cuadro sobre Gastos Gubernamentales, los recursos asignados en millones de soles por el Estado peruano a la prevención y el tratamiento (juntos), a través de DEVIDA, comparados con el total de recursos asignados en la década en cuestión al problema de las drogas, obtendremos que se ha

¹⁴ Conversación sostenida por el equipo del CIDDH, con el Dr. Eduardo Vega, Defensor del Pueblo, Lunes, 25 de Noviembre del 2013, 9.00 am.

asignado para prevenir o tratar los usos problemáticos tan solo el 8.53% del total de recursos fiscales asignados al problema de las drogas.

Cuadro 5. Gastos Gubernamentales Directos, período 2002/2010, por Estrategias de Intervención (en millones de soles).

Millones de soles	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Desarrollo Alternativo	1	3	6.3	6	6.7	4.9	12.5	5.5	16.9	62.8
Interdicción	8.8	16.4	14.2	12	14.2	22.5	46.5	75.2	74.2	284
Prevención y Tratamiento	1.1	0.5	0.6	1.4	2.2	3.3	9.7	4.1	11.8	34.7
Planeamiento Institucional	2.5	2.7	2.6	3.4	2.4	2.8	2.9	2.7	3.1	25.1

Fuente: Estrategia Nacional de Control de Drogas 2012-2016,
http://www.devida.gob.pe/images/documentosdisponibles/ENLCD_esp_21-08-12.pdf

Conclusiones y Recomendaciones.

Luego de hacer la descripción y el análisis de la problemática de los usos de drogas en el Perú, y de haber analizado las respuestas del Estado peruano, creemos que las siguientes Conclusiones y Recomendaciones pueden ser de necesaria implementación, en el futuro próximo:

1) En los últimos años, el sistema de salud peruano ha sufrido las consecuencias de la desregulación, la reducción del Estado, la privatización del mismo, lo que ha llevado a una reducción de la calidad y la cobertura del servicio, en perjuicio de los sectores más vulnerables de la población peruana.

2) Se mantiene una profunda distorsión en el tratamiento del problema por parte de la Policía peruanas así como del Ministerio Público y en general del sistema criminal peruano, el cual, pese a no criminalizar formalmente al usuario, en la práctica lo convierte en el centro de atención de las unidades policiales que distraen escasos recursos en la detención de usuarios, convirtiéndolos en las principales víctimas de la corrupción y violencia policiales, por parte de malos funcionarios encargados de aplicar la ley.

3) De acuerdo a la información oficial disponible, el problema del uso de drogas lícitas e ilícitas en el Perú se encuentra completamente distorsionado, mal enfocado, sobredimensionado, generalizado y subordinado a la información parcial y sesgada, en el que

las acciones ejecutadas en el área de prevención y tratamiento no han cubierto ni las necesidades ni las expectativas de la población o las nuevas generaciones jóvenes peruanos, en riesgo de caer en consumos problemáticos. Es necesaria una profunda redefinición sobre los roles que tiene el Estado peruano al momento de conceptualizar, calificar y abordar el problema de drogas y salud mental, considerando tanto el problema de las drogas lícitas como ilícitas (diferenciando las sustancias y los tipos de usos)-.

4) En los próximos años, el Perú debe adecuarse a una nueva forma de tratar sus problemas de salud mental particularmente aquellos relacionados a los usos problemáticos de drogas, donde se definan mejor los roles públicos y privados, manteniendo el deber del Estado de prestar el servicio o, al menos, monitorear la calidad de los servicios que se prestan; donde se excluya una mirada mercantilista ni asistencialista, y se privilegien políticas y acciones desde un enfoque de Derechos Humanos, Reducción de Daños y de Proporcionalidad en la detección del problema y su tratamiento.

Bibliografía.

CACERES Baldomero, “Dos Escritos sobre Coca, Drogas y Psiquiatría” en Hablan los Diablos. Amazonía, Coca y Narcotráfico en el Perú; Escritos Urgentes”, Ediciones Abya Yala, Primera Edición, Quito, Ecuador, Julio 2005, páginas 105 a 148.

CANCADO TRINDADE Antonio Augusto y otro, “La Nueva Dimensión de las Necesidades de Protección del Ser Humano en el Inicio del Siglo XXI”, 2da edición, San José Costa Rica, 2003.

CASTRO DE LA MATTA Ramiro, “Inventario de la Coca”, Academia Nacional de Historia, CEDRO, Perú, Septiembre 2003.

CORONADO Inés T, “Coca, Cocaína y Narcotráfico”, Editora Jurídica Grijley, Lima, Noviembre 1993.

El Enfoque de los Derechos Humanos en las Políticas Públicas, Comisión Andina de Juristas, 2004.

II Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria (DEVIDA, 2007).

III Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2007 (DEVIDA, 2009).

Estrategia Nacional de Control de Drogas 2012-2016, DEVIDA.

Estudio Global de Mercados de Drogas Ilícitas en Lima Metropolitana, CEDRO, CONTRADROGAS, PNUFID y UNICRI, Lima, Perú, Agosto 2000,

GARCIA SAYAN Diego (Ed), “Coca, Cocaína y Narcotráfico. Laberinto en los Andes “, Comisión Andina de Juristas, Lima Perú, 1989.

LEON Federico y CASTRO DE LA MATA Ramiro (Edit), “Pasta Básica de Cocaína, Un Estudio Multidisciplinario”, CEDRO, Lima, Perú, Octubre 1989.

“Los Derechos Humanos y la Globalización: Avances y Retrocesos”, CAJ, Primera Edición, Lima, Febrero 2003.

Informe de Defensoría del Pueblo, “Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la Política, los Servicios y la Atención a Poblaciones Vulnerables”

Informe sobre Servicios de Salud Mental del Sub Sector, Ministerio de Salud del Perú, 2008.

“Narcotráfico: Amenaza al Crecimiento Sostenible del Perú. Estudios sobre Coca, Cocaína, Seguridad y Desarrollo”, Macro Consult, 2008

Recopilación de Instrumentos Internacionales, Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, 1988.

RUBIO CORREA Marcial, “Legislación Peruana sobre Drogas a partir de 1920”, Monografía de Investigación, CEDRO, Lima, Perú, 1988.

SAR Omar, Constitución Política del Perú, Nomos y Thesis Editorial, 2004, Perú

“Sistemas Sobrecargados. Leyes y Cárceles en América Latina”, WOLA y TNI, Amsterdam y Washington, Diciembre 2010

SOBERON GARRIDO Ricardo, “Leyes, Justicia y Drogas”, Iris, USAID, 2004, Lima, Perú.

RESPUESTAS ESTATALES A LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN URUGUAY: ENTRE LA ALTERNATIVA Y LA PROFUNDIZACIÓN DE LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS

Gianella Bardazano¹

1. Introducción

El presente informe busca exponer la situación jurídica de los consumidores de sustancias psicoactivas en Uruguay, describiendo cuál ha sido la respuesta del Estado frente a éstos, tomando en cuenta los materiales normativos y las políticas públicas acerca del consumo de sustancias psicoactivas, con especial referencia al período transcurrido desde la década de 1970 a la actualidad, sin perjuicio de remarcar el papel que la normativa sancionada en las décadas de 1930 y 1940 sigue cumpliendo en la estigmatización de los consumidores. El argumento central que se expone, afirma que Uruguay -en su legislación sobre drogas- presenta un discurso contradictorio que, por un lado, avanza en relación a los derechos de los usuarios de cannabis al implementar, apoyada en la necesidad de un enfoque alternativo al paradigma bélico, la separación del mercado de dicha sustancia (ley 19.172); pero que, a la vez, consolida y profundiza los efectos del modelo de la guerra contra las drogas con relación a los consumidores de las demás sustancias psicoactivas, tanto en cuanto a su criminalización por la vía de la interpretación judicial restrictiva de lo que se entiende por “*cantidad razonable destinada a consumo personal*” como en las iniciativas de reforma del marco normativo sobre tratamientos involuntarios. Los cambios en la normativa y en las políticas públicas sobre drogas, presentan contradicciones conceptuales y de enfoque, en la medida que por un lado, se sitúa la justificación de las reformas en la integración de los instrumentos internacionales de protección de derechos humanos y, por otro, en la salvaguarda de la seguridad y el orden público.

De conformidad con los datos disponibles, los principales destinatarios de la legislación sobre drogas ilegales y los afectados por las prácticas institucionales referidas, son mayoritariamente jóvenes. Más específicamente, los principales destinatarios de las medidas estatales de mayor intensidad, punitiva son jóvenes de bajo nivel educativo. Con relación a los consumidores, los datos relevados tienen en cuenta los consumidores en general, los usuarios

¹ Con la colaboración de Ignacio Salamano

de los centros de tratamiento y las personas privadas de libertad². Constituyen datos a tener en cuenta que: a) 21 de cada 100 uruguayos declaran haber consumido alguna droga ilegal al menos una vez en su vida; b) los más jóvenes son los que en mayor proporción declaran haber consumido alguna droga ilegal en su vida; c) quienes cuentan con mayor nivel educativo son los que en mayor proporción declaran haber consumido alguna droga ilegal en su vida; d) entre 2006 y 2011 aumenta la proporción de uruguayos que manifiestan haber experimentado con alguna droga ilegal en al menos una oportunidad en su vida; e) en 2011, la edad de inicio en que los uruguayos han experimentado con marihuana, cocaína o pasta base oscila entre los 18 y los 19 años; f) la droga ilegal más frecuente entre los uruguayos es la marihuana, independientemente del nivel educativo alcanzado; g) al año 2011, cada 1000 uruguayos, 29 declaran haber consumido marihuana en el último año al menos una vez a la semana, 2 declara haber consumido cocaína de la misma forma, y solo 1 declara haber consumido pasta base en el último año con esa intensidad semanal.

2. Los contornos normativos de la autonomía individual de los consumidores de drogas de uso ilícito

La legislación nacional sobre drogas está integrada, básicamente, por el decreto ley 14.294 y las leyes 17.016, 17.835, 18.494, 19.007 y 19.172. Específicamente en relación al consumo, corresponde mencionar el artículo 10 de la Constitución, que establece que *“las acciones privadas de las personas que de ningún modo atacan el orden público ni perjudican a un tercero, están exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la República será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”*. El inciso segundo del artículo 31 del decreto ley 14.294 (en la redacción dada por la ley 17.016) exime de pena la tenencia de una cantidad de sustancia cuando la misma esté destinada exclusivamente al consumo personal. Dicha disposición establece: *“Quedará exento de pena el que tuviere en su poder una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal, con arreglo a la convicción moral que se forme el Juez a su respecto, debiendo fundamentar en su fallo las razones que la han formado”*. En definitiva, el consumo de sustancias psicoactivas no está prohibido, pero sí constituye una

²A lo largo del informe se tendrán en cuenta datos surgidos de los antecedentes disponibles tanto a nivel nacional como regional, así como una caracterización de los consumidores y su relación con las drogas ilegales. Se establecerán y analizarán los tres grandes perfiles de consumidores mencionados (personas privadas de libertad, usuarios de centros de atención y tratamiento toxicológico, y consumidores a nivel país. Por último, se ofrecerá un análisis comparado entre los tres perfiles mencionados, tomando en cuenta sus principales características sociodemográficas así como sus diferentes patrones de consumo.

conducta punible la tenencia de cantidades que a juicio de los tribunales no sean razonables para el consumo personal.

El decreto ley 14.294 de 1974 con las modificaciones introducidas por la ley 17.016 de 1998 implica que el consumo de drogas es una de las acciones privadas de las personas que de ningún modo ataca el orden público ni perjudica a terceros (art. 10 Constitución). Sin embargo, los consumidores experimentan en su ámbito de autonomía individual una situación de inseguridad jurídica, que es consecuencia de las contradicciones existentes entre la legislación y su aplicación por los tribunales nacionales. En efecto, si bien el consumo no es perseguido penalmente, sí lo son los comportamientos dirigidos a la obtención de las sustancias para consumo. Al no estar establecidas las cantidades de sustancia cuya tenencia será considerada como destinada al consumo personal, su determinación se realiza con arreglo a la discrecionalidad judicial apoyada en el sistema de la libre convicción como forma de valoración de la prueba. Ello conlleva la lesión del principio de igualdad, además de colocar a los ciudadanos que deseen consumir en situación de incurrir en comportamiento eventualmente contrarios a la ley penal, ante la ausencia de mecanismos legales de acceso a las sustancias.

Desde hace algunos años, Uruguay ha promovido un fuerte proceso de discusión acerca de las políticas de drogas y se ha evidenciado la necesidad de promover modificaciones legislativas orientadas por los siguientes principios de actuación, orientadores de la Estrategia Nacional de la Junta Nacional de Drogas³ (JND) para el período 2011-2015: a) derechos humanos (armonización de principios e instrumentos normativos de derechos humanos con la política de drogas y respeto de derechos y garantías individuales y colectivas en todas las dimensiones); b) equidad (compromiso en el logro de la dignidad y equidad humana, incorporando la equidad socioeconómica, de género, generaciones y territorios); c) democracia (promoción de un debate robusto e inclusivo que integre las diferentes miradas como forma democrática de fortalecer la estrategia en drogas); d) cooperación, responsabilidad común, equitativamente compartida (defensa del multilateralismo como patrimonio del hemisferio y unidad en la diversidad); e) integralidad, equilibrio y transversalidad (necesidad de adoptar un abordaje complejo e interinstitucional que promueva la cooperación con la sociedad civil); f) participación (gestión compartida de los riesgos); g) evidencia científica y buenas prácticas (diseño e implementación de políticas de drogas basadas en información y conocimiento de base científica y buenas prácticas debidamente evaluadas).

³ Las líneas generales de la Estrategia Nacional están, además, explicitadas en las exposiciones de motivos de la ley de regulación del cannabis y del proyecto de ley de regulación del alcohol.

El debate mencionado ha conseguido cuestionar las modalidades de control y fiscalización, así como los principios que sustentan el modelo prohibicionista, sustanciados en instrumentos jurídicos internacionales, como la Convención Única de Estupefacientes de 1961, y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Drogas de 1988.

3. Los consumidores frente al sistema penal: la criminalización del consumo a través de la interpretación judicial y la penalización de todas las formas de acceso a sustancias psicoactivas

La interpretación judicial de los tipos penales vigentes que hacen referencia a la tenencia o a la posesión de estupefacientes, nos motiva a dirigir la mirada al discurso judicial de justificación de las decisiones, teniendo en cuenta la incidencia de la discrecionalidad, en tanto consecuencia de la indeterminación de los materiales normativos, así como la funcionalidad de esas formulaciones normativas y su interpretación judicial a un modelo prohibicionista. Una cuestión central es la fijación del sentido normativo del sintagma “*cantidad razonable destinada exclusivamente al consumo personal*”. Las prácticas judiciales de interpretación han ambientado una respuesta punitiva a la tenencia para consumo personal, a través de una justificación del castigo que desnaturaliza el reconocimiento constitucional de un ámbito de libertad personal, plasmado en el principio de autonomía de la persona (art. 10 de la Constitución). Cuando el tribunal le asigna sentido al art. 31 DL 14.294 en la redacción dada por la ley 17.016 determina cuáles son los casos de tenencia que no deben considerarse para consumo y cuáles los de tenencia para consumo. Para ello el legislador ha seguido el camino de la indeterminación intencional de la disposición a través de la incorporación de la expresión “*cantidad razonable*”, cuya determinación, en cada caso, se fija con arreglo a la convicción moral del juez⁴, quien debe fundamentar en su fallo las razones que han formado dicha convicción moral.

3.1. La “libre convicción moral del juzgador” en la distinción entre tenencias punibles y no punibles

⁴ La ley 19.172 de regulación del cannabis sustituyó la libre convicción moral del juez por las reglas de la sana crítica como criterio de valoración de la prueba, para los casos de tenencia y autocultivo de cannabis. Para las demás drogas se mantiene la libre convicción moral como método de valoración de la prueba.

El siguiente es un fragmento del discurso de justificación de decisiones judiciales⁵, para fundamentar que un comportamiento queda fuera del campo de aplicación de la excepción prevista en el segundo inciso del art. 31, y que ilustra la criminalización de la tenencia para consumo:

“La legislación nacional no quiere castigar penalmente al drogadicto como tal, porque se lo considera un enfermo, ello lleva ínsito la necesidad de evitar la judicialización de algunas situaciones, dentro de un ámbito en el cual no puede haber duda que el único perjudicado es el individuo y no la “salud pública” (bien jurídico protegido (...)). Naturalmente que establecer cuando una cantidad es razonable para consumo personal siempre será una apreciación subjetiva por el observador, pero lo que no puede serlo es el criterio o vara con la cual se mida su eventual afectación a la seguridad comunitaria de la salud (...) Quien tiene el vicio de fumar tabaco seguramente lleva una cajilla de cigarrillos cuando se mueve (20 unidades), aunque apenas utilice 10 o 12, como asimismo, puede comprar por cartón y tener alguno en su casa sea cual sea el motivo (economía por cantidad, pereza de ir a comprar diariamente, etc.), ya que la ley no lo prohíbe. Así las cosas la pregunta que corresponde será: es posible que [el enjuiciado] consuma 44 gramos⁶ de marihuana en dos o tres días? La respuesta es evidente, ninguna persona podría drogarse de esa forma sin que lo lleve a la muerte. No puede menos que admitirse que se trata de una cantidad, que de ser para consumo propio, alcanzaría para drogarse por lo menos un mes. (...), el enjuiciado pudo comprar droga y la acopio en demasía, ya que se le ocuparon 44 gramos de marihuana para formar unos 90 o 100 cigarros (...) es una cantidad razonable exclusivamente para su consumo? En opinión de la Sala no, porque sería un volumen acumulativo tendiente al fomento a largo plazo del vicio, lo que lleva ínsito riesgos sociales propios y también ajenos, por lo cual queda fuera de la excepción legal a la penalización a la tenencia del estupefaciente, que se limita a una cantidad razonable para el consumo propio y actual”.

De acuerdo a la argumentación de los tribunales, a pesar de no ser el consumo de sustancias ilícitas una actividad prohibida, la tenencia de cantidades relativamente pequeñas suele ser considerada tenencia punible, como consecuencia de los estereotipos y prejuicios que hacen parte de la convicción judicial, salvo que los enjuiciados sean considerados “adictos” por los jueces y, en ese caso, les será aplicada la eximente. En definitiva, los prejuicios que el sistema de la libre convicción moral habilita se presentan en los dos extremos de los efectos normativos, tanto para aplicar la eximente (reservada a “adictos”, según el discurso judicial) como para establecer una pena. La interpretación judicial de la ley implica una presunción

⁵Es ilustrativo de la “convicción moral” de los jueces uruguayos y se reitera de modo casi idéntico en la justificación de las decisiones. El argumento no solo criminaliza el consumo, sino que estigmatiza a los consumidores.

⁶Según sea el caso, la cantidad considerada es de: 25, 56 gramos de marihuana y 28 dosis de pasta base para dos individuos, 13 gramos de cocaína, “21 cigarrillos de marihuana armados y sustancia como para otros dos más”, “17 dosis de cocaína y una piedra adicional como para ser fraccionada en otras 10”, 35 gramos de marihuana, 44 gramos de marihuana, 42 gramos de marihuana (TAP 2do. Turno 102/2007, 269/2007, 335/2007, 47/2008, 351/2008, 432/2008, 8/2010), 11,42 gramos de marihuana, 13,79 gramos de marihuana, 31 gramos de cocaína y 11 gramos de marihuana, 70 gramos de marihuana, 10 gramos de cocaína, (TAP 1er. Turno 235/2008, 134/2009, 312/2009 con discordia, 330/2010).

contraria a la irrelevancia penal de un rango de comportamientos vinculados al consumo, esto es, una presunción contraria a la libertad. Dicha presunción se manifiesta en los argumentos empleados en la justificación de las decisiones sobre el alcance de la excepción del inciso segundo del artículo 31. La argumentación exhibe el modo en que, en los delitos de peligro abstracto como los que se analizan en las decisiones, se da prioridad a una tutela anticipada, que se traduce en la incriminación de conductas ciertamente distantes de la realización efectiva de una lesión a un bien jurídico. Ello pone en juego una presunción del peligro *iuris et de iure*, que implica que no le es admitido al agente demostrar que en el caso concreto no tuvo lugar el peligro de lesión.

3.2. Las presunciones establecidas en la ley 19.172 de 10 de diciembre de 2013

La recientemente sancionada ley 19.172 constituye la posibilidad de un cambio relevante que puede revertir las prácticas prohibicionistas, exclusivamente en lo referente al cannabis, pues propone eximir de responsabilidad a quien transporte, tenga en su poder, sea depositario, almacene o posea una cantidad –de cannabis– destinada a su consumo personal, lo que será valorado de acuerdo a “las reglas de la sana crítica”. Sin perjuicio de esa mejora del criterio de valoración de la prueba que supone el paso de la “libre convicción moral del juzgador” al sistema de la sana crítica, se establece que la tenencia de hasta 40 gramos de marihuana se considera tenencia destinada al consumo personal y que queda exento de pena quien en su hogar tenga en su poder, sea depositario, almacene o posea la cosecha de hasta seis plantas de cannabis con efecto psicotrópico o el producto de la recolección de dicha plantación hasta un máximo de 480 gramos anuales, o se trate de la cosecha correspondiente a un club de membresía⁷. La exposición de motivos de la ley parece intentar prevenir la continuidad de las prácticas judiciales de castigo al consumo de forma indirecta, al establecer que *“no está en [su] espíritu que las personas no puedan tener mayores cantidades a las establecidas, siempre y cuando las mismas tengan como objetivo el consumo personal o social (...). Sin embargo el magistrado podrá considerar que el objetivo de la tenencia es para otros fines en acuerdo a la sana crítica...”*. El recurso a estas “presunciones de libertad” parece captar la idea minimalista (del derecho penal) de que siempre existen buenas razones para no coaccionar penalmente la conducta, en la medida que hacerlo reduce las opciones de actuar y de elegir autónomamente. Esta presunción de libertad

⁷ Aún no se ha aprobado la reglamentación de este aspecto de la ley 19.172. El lit. F del art. 5 de la ley establece que serán autorizados por el Poder Ejecutivo, que podrán tener de 15 a 45 socios y plantar hasta un máximo de 99 plantas de cannabis de uso psicoactivo.

exige que el legislador ofrezca buenas razones si se propone penalizar comportamientos, es decir, es la relevancia de la autonomía de las personas la que exige que el legislador justifique especialmente la decisión política del uso del derecho penal. La solución legislativa aprobada excluye del ámbito del sistema penal un universo de comportamientos que venían siendo tratados como delictivos por los tribunales, según se expuso anteriormente. La ley 19.172 contribuye a delimitar con mayor legitimidad democrática⁸ (en la medida que la demarcación se hace a través de la ley y no se delega en los órganos judiciales; o al menos, no lo hace con la misma intensidad que la ley vigente) la esfera de comportamientos vinculados exclusivamente al cannabis que no ofenden el orden público ni perjudican a terceros. Para ello establece que se entenderá como cantidad razonable para consumo personal la posesión de hasta 40 gramos de marihuana, así como que quedará exento de responsabilidad quien en su hogar tuviere en su poder, fuere depositario, poseyere o almacenare la cosecha de hasta 6 plantas de cannabis de efecto psicoactivo, o se tratare de la cosecha correspondiente a los integrantes de un club de membresía de los previstos en la ley.

3.3. La regulación de la pasta base de cocaína (PBC)

En noviembre de 2012 fue sancionada la ley 19.007⁹, que incrementa los montos mínimos de la pena (estableciendo mínimos de penitenciaría¹⁰) para los tipos penales establecidos en el DL 14.294 en la redacción dada por la ley 17.016, intentando con ello responder a *“las supuestas demandas populares de mayor castigo a las conductas delictivas relativas a la PBC, a la cual algunos sectores y dirigentes políticos llegaron a calificar como “veneno”, reclamando incluso la aplicación de la figura del homicidio para los casos de suministro y venta”* (Negro, 2013: s/n). En el caso de la tenencia de PBC, la valoración judicial de lo que se considera “cantidad razonable destinada al consumo personal” remite a cantidades extremadamente pequeñas (entre 1 y 2 gramos, según los jueces) para fijar la frontera entre las conductas típicas y las alcanzadas por la eximente

⁸ Se establecen las presunciones en la ley y no se deja la determinación de la “razonabilidad” de la cantidad a la convicción moral del juez.

⁹ La ley alcanza a las conductas previstas en la legislación sobre estupefacientes cuando *“tengan por objeto material todas aquellas formas de cocaína en su estado de base libre o fumable, incluida la pasta base de cocaína”*. Teniendo en cuenta la referencia a la cocaína en estado libre o fumable, es claro que la disposición hace referencia al crack y a la PBC, por lo cual la inclusión expresa de la referencia a la PBC resulta redundante y parece tener como única finalidad la *“reafirmar la referencia del nomen juris legal”* (Negro, 2013).

¹⁰ La pena de penitenciaría tiene un mínimo de dos años y está regulada junto a la pena de prisión y otras penas en el Código Penal (arts. 66 a 84). La interpretación mayoritaria del art. 27 de la Constitución (*“en cualquier estado de una causa criminal de que no haya de resultar pena de penitenciaría, los jueces podrán poner al acusado en libertad...”*) tiene como consecuencia que cuando el tipo penal prevé mínimos de penitenciaría, la privación de libertad es la regla.

(Negro, 2013). La distinción de la tenencia punible y la no punible reposa en la afectación de la salud del sujeto, tal que si la cantidad incautada es considerada por el juez como nociva para la salud, en virtud de su libre convicción moral, entonces la conducta no es considerada tenencia para consumo personal. Si bien la ley 19.007 otorga al juez la facultad de disponer medidas sustitutivas a la prisión preventiva, ello exige la configuración simultánea de tres supuestos: 1) que el imputado no tenga antecedentes penales por haber cometido delitos a título de dolo; 2) que a criterio del Juez la sustancia incautada represente desde el punto de vista cuantitativo, una cantidad menor y, 3) que el imputado no lo haya vendido la sustancia a menores.

4. Los consumidores y las respuestas estatales de corte sanitario

La ley 19.172 de regulación del mercado de cannabis incluye entre sus fines la protección, promoción y mejora de la salud pública de la población a través de una política de reducción de riesgos y daños del uso del cannabis, que se oriente a la promoción de la información, educación y prevención de las consecuencias perjudiciales del consumo así como al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas (art. 1).

Por otra parte, el artículo 40 del decreto ley 14.294 hace referencia a lo que la doctrina penal nacional entiende como situación jurídica del *“toxicómano no delincuente”* (Ottati, 2005: 119-120). La disposición de 1974 establece (para todas las drogas de uso ilícito) que *“el que fuere sorprendido consumiendo sustancias estupefacientes o usando indebidamente sicofármacos o en circunstancias que hagan presumir que acaba de hacerlo o portando estupefacientes para uso personal”*, deberá ser puesto a disposición del juez competente (el juez penal) para que se ordene un examen médico a cargo de la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías. Continúa diciendo el artículo 40 que, *“si del examen resultare tratarse de un drogadicto”*, el juez impondrá un tratamiento médico compulsivo (en un establecimiento o ambulatorio). Para el cumplimiento y el cese de la medida, el DL 14.294 remite a lo dispuesto por la ley 9.581 de 1936 (ley de psicópatas). Asimismo, la ley 10.071 de 1941 (Ley de vagancia, mendicidad y estados afines) habilita la imposición de medidas de seguridad curativas a los *“ebrios y toxicómanos habituales, que se embriaguen o intoxiquen en lugares públicos, y aún en lugares privados cuando en ese estado alteren el orden y constituyan un peligro para los demás”*. Por otra parte, en lo relativo a la persecución de las faltas, la ley 19.120 de 28 de agosto de 2013, que modificó el art. 361 del Código Penal, estableciendo una pena de 7 (siete) a 30 (treinta) días de prestación de trabajo

comunitario al que “en lugar público o accesible al público se presentare en estado de grave alteración psíquica o física producida por alcohol o estupefacientes, y el que por los mismos medios provocare en otros dicho estado”. De este modo, la normativa acumula dos respuestas punitivas, una de base higienista que data de 1941 y otra basada en el discurso que mixtura convivencia y seguridad pública presentado por el Poder Ejecutivo en la *Estrategia por la Vida y la Convivencia*.

El 23 de diciembre de 2013 fue aprobada por la Cámara de Senadores un proyecto de ley que crea el “Consortio Público Sanitario para la atención inmediata de personas afectadas por el uso problemático de drogas en situación de crisis”. Aún no ha sido tratado por la Cámara de Representantes, si bien fue anunciado que se haría a comienzos de febrero de 2014. El texto propone crear en la órbita de la Secretaría Nacional de Drogas un Consortio Público Sanitario cuya finalidad es “la atención sanitaria inmediata de los usuarios problemáticos de drogas en situación de crisis que constituyan un riesgo para sí o para los demás”, y que cuenta con la participación de la Secretaría Nacional de Drogas (SND), el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de los Servicios Sanitarios del Estado (ASSE), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) y el Ministerio del Interior (MI). La exposición de motivos del proyecto original enviado por el Poder Ejecutivo¹¹ al Legislativo expresa que su finalidad es preservar la integridad física y psíquica de los consumidores; procurar la recuperación de los consumidores y salvaguardar la seguridad y el orden público. Sin perjuicio de las variaciones en la redacción del texto, al cual se le han eliminado las referencias a la “peligrosidad” del sujeto o el empleo de la expresión “internación compulsiva”, por ejemplo, esas referencias explícitas al paradigma de la defensa social y los estados peligrosos plasmadas en la normativa de las décadas de 1930 y 1940 han sido sustituidas por expresiones de corte menos higienista pero el espíritu del texto se mantiene. En ese sentido, el proyecto de ley, amparándose en la necesidad de proteger la salud de los consumidores, pretende crear un mecanismo de control social duro, de naturaleza punitiva, cuyos destinatarios son las personas que consumen drogas de uso ilegal (Sbrocca, 2013) o, en todo caso, las personas que el equipo de médicos y policías integrantes del Consortio consideren incluidos dentro de la expresión fuertemente indeterminada del artículo

¹¹ El texto aprobado por el Senado ha tenido variaciones en su redacción. Es interesante señalar algunos pasajes del proyecto enviado por el Poder Ejecutivo, que casi textualmente mantenía la redacción del art. 40 del DL 14.294 para la internación compulsiva, en tanto hacía referencia al “que fuere encontrado en la vía pública o espacios públicos o privados no habitados, en circunstancias que hagan presumir que se halla consumiendo sustancias estupefacientes, o que acaba de hacerlo o portándolas para su uso personal, siempre que tal circunstancia resulte un peligro para sí o para terceros podrá ser conducido en forma inmediata, al Centro Asistencial que el Poder Ejecutivo disponga a estos efectos. La conducción sólo podrá llevarse a cabo por personal a cargo del Sistema de Atención a las Víctimas del Consumo de Estupefacientes”. El texto aprobado por el Senado deroga el artículo 40 citado.

1: “usuarios problemáticos en situación de crisis que constituyan un riesgo para sí o para los demás”. El proyecto prevé la “internación involuntaria” para mayores de edad y remite al Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) para los menores de 18 años. El artículo del CNA prevé que el Juez pueda disponer, habiendo una solicitud médica en ese sentido, la “internación compulsiva”. Más allá de las distinciones que –a nivel técnico- puedan hacerse acerca de la diferencia entre internación involuntaria y compulsiva, teniendo en cuenta la intervención judicial y la iniciativa médica, lo cierto es que la legislación sobre niños y adolescentes denomina “internación compulsiva” a la internación dispuesta por un juez habiendo mediado informe médico y el proyecto aprobado por el Senado denomina “internación involuntaria” al acto médico homologado por un juez luego de la privación de libertad de personas que en el ámbito público o privado ameriten la intervención del Consorcio Público Sanitario por tratarse de “usuarios problemáticos en situación de crisis que constituyan un riesgo para sí o para los demás” (art. 1). Las garantías judiciales previstas en el proyecto son más simbólicas que reales, ya que no se explicitan criterios para determinar la inclusión en la categoría de sujetos establecida en el artículo 1¹², no se refiere concretamente a la existencia de riesgo de vida ni al carácter inminente de dicho riesgo, no se asegura que el juez interviniente tenga capacidad de controlar que se hayan evaluado otras alternativas terapéuticas antes de disponer la internación, no se establece la realización de una audiencia preceptiva sino que se diseña un procedimiento en base a comunicaciones y envío de informes, no se establece un deber de seguimiento judicial de la internación sino que simplemente se prevé la facultad de solicitar informes. Para las situaciones no previstas, el texto remite a la ley 9.581 de 1936 (ley de asistencia a psicópatas).

Con relación a los centros de tratamiento, el 3 de setiembre de 2013) el Poder Ejecutivo aprobó un nuevo decreto, sustitutivo del aprobado en 2007, que establece “*normas generales para dispositivos de atención y tratamiento de usuarios problemáticos de drogas*”, cuyo capítulo IX establece derechos de los usuarios. En efecto, el artículo 39 establece que se

¹² En la aplicación de la normativa, la determinación de la referencia a usuarios problemáticos podría realizarse teniendo en cuenta la definición que proveen algunos documentos de la Secretaría Nacional de Drogas, en cuya órbita se ubicará el Consorcio Público Sanitario, a saber: “por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno (...) Durante un período relativamente prolongado debería estar presente alguna de las siguientes manifestaciones: complicaciones físicas y/o psíquicas relacionadas con el uso de la sustancia; utilización repetida de una sustancia que conduce a una incapacidad de cumplir con las obligaciones; utilización repetida de sustancias en situaciones cuyo uso puede comportar un peligro; problemas judiciales ligados a la utilización de una sustancia; problemas interpersonales o sociales persistentes o recurrentes causados o agravados por el uso de la sustancia” (Glosario del Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas, 2007). Es poco probable que la complejidad de la evaluación y la necesidad de justificar en plazos breves una privación de libertad por razones sanitarias no termine llevando a procedimientos arbitrarios por parte del Consorcio.

garantizará el respeto a los derechos humanos de los usuarios de los servicios y el artículo 40 establece la obligación de trato con la dignidad inherente a la persona humana a los usuarios, sus familiares, referentes socioafectivos y representantes legales. La disposición citada especifica que se garantizará el derecho a no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; a no ser objeto de injerencias arbitrarias abusivas en su vida privada ni de ataques ilegales a su honra o reputación; a no ser objeto de medidas que menoscaben la libertad de conciencia y la libertad religiosa; a no sufrir restricciones a la libertad de pensamiento y expresión. Se establece con relación a las personas menores de 15 años que deben ser tratados tomando en cuenta su momento evolutivo y de conformidad con la legislación específica sobre niños y adolescentes. El artículo 40 también prevé el consentimiento informado del paciente acerca del contenido y condiciones del proceso terapéutico. La normativa reseñada es de muy reciente aprobación, por lo cual no es posible evaluar su impacto en el respeto de los derechos de los usuarios de los dispositivos de atención.

5. Personas privadas de libertad y consumo de drogas ilegales

Los antecedentes más cercanos en relación al uso de drogas ilegales y la población privada de libertad en Uruguay, remiten al “Primer Censo Nacional de Reclusos, realizado ente junio y octubre del 2010 por la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad de la República y el Ministerio del Interior (MI), la segunda encuesta sobre Consumo de Drogas en Detenidos Recientes por la Junta Nacional de Drogas realizado en 2004 por la JND y CICAD, y los resúmenes estadísticos sobre el control de la oferta realizados en forma periódica por la JND . En el presente apartado se examinan dichos informes, se señalan las principales tendencias constatadas, así como sus características generales en relación a los patrones de consumo en dicha población. De manera de integrar otros aspectos para el análisis, se incorpora a la lectura las tendencias relativas al control de la oferta en el período 2008-2012, estableciendo la cantidad de procesados y detenidos en dicho período.

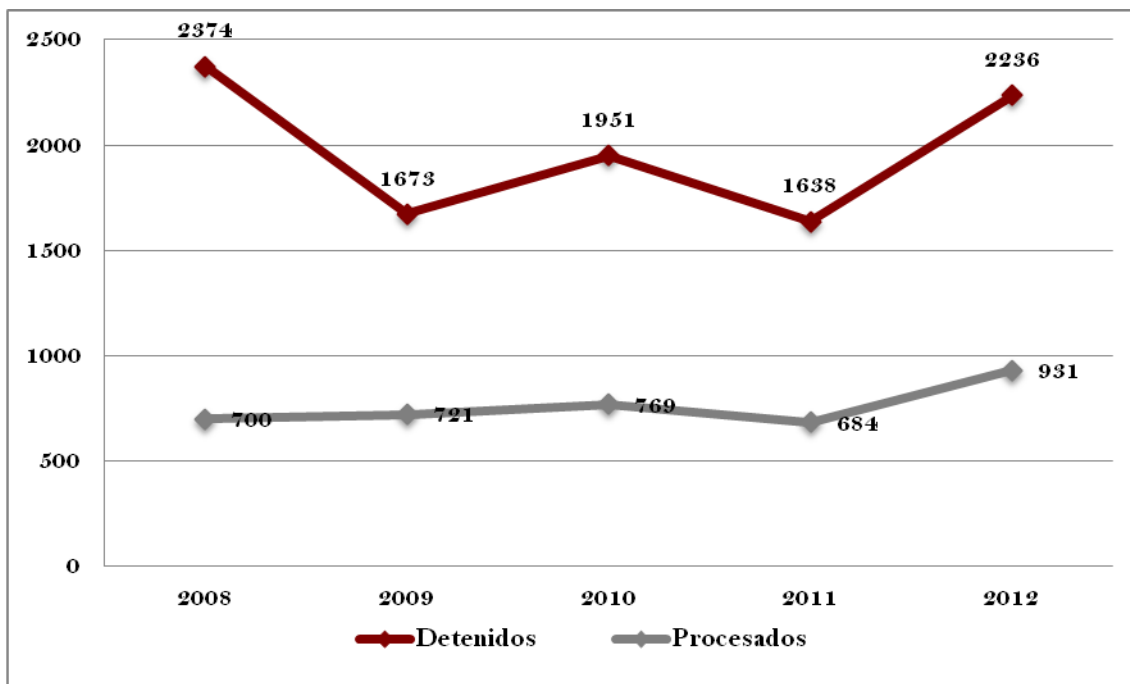
El Primer Censo Nacional de Reclusos (FCS-MI), tuvo como objetivo general relevar y explorar los rasgos básicos de la totalidad de los reclusos, conocer las condiciones básicas de su reclusión y determinar las condiciones sociales, culturales y económicas de dicha población. El universo del estudio quedó definido por el conjunto de personas privadas de libertad que a la fecha de aplicación de la encuesta (junio a octubre de 2010) se encontraban recluidas en el total de los centros carcelarios del país. Se registraron un total de 8492 reclusos, de los cuales

5831 brindaron toda la información solicitada, de 2338 no se obtuvo información completa, y finalmente de 323 reclusos se carece información ya que se negaron a realizar la entrevista. En cuanto a sus características sociodemográficas se registra una población mayoritariamente masculina, en relación de 9 a 1 con sus similares mujeres. Por tramo etario, se constata una población mayormente joven: 7 de cada 10 tienen una edad comprendida entre 18 y 35 años. Al interior de este grupo etario, se observa una proporción similar de jóvenes con edad comprendida entre 18 y 25 (35%) que de 26 a 35 (34,5%). El nivel de escolarización es el de primaria completa (26,6%). No obstante ello, 6 de cada 10 reclusos censados manifiestan tener como máximo nivel educativo alcanzado Ciclo básico incompleto o más.

La Segunda Encuesta sobre Consumo de Drogas en Detenidos Recientes por la Junta Nacional de Drogas JND y CICAD tuvo como universo de estudio todas aquellas personas mayores de 18 años que fueron detenidos durante un mes del segundo semestre de 2004– por cualquier causa– y posteriormente fueron remitidos a los diferentes centros policiales de Montevideo. Se realizaron un total 914 encuestas y se aplicaron métodos de análisis de laboratorio a partir de muestras de orina. Otro estudio reciente acerca del consumo de drogas en la población privada de libertad en el Uruguay es el publicado en 2010 en el informe subregional sobre Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga (ONUDD-UNODC, CICAD/ OEA, Observatorio Interamericano de Drogas y JND) a partir del Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población Privada de Libertad en Centros Carcelarios de Uruguay (2008). El número de personas recluidas ha experimentado un crecimiento considerable en los años últimos años. El delito por el cual mayor número de personas se encuentran privadas de libertad, es la rapiña o su tentativa. Una de cada diez personas dentro de la totalidad de la población censada manifiesta encontrarse recluida por delitos relacionados con drogas, lo que según parámetros censales alcanzaría la suma de 800 personas.

En cuanto a las personas procesadas y detenidas, los informes sobre control de la oferta de la JND permiten constatar una fuerte presencia masculina a lo largo del período estudiado (2008-2012): 7 de cada 10 son hombres, mientras que 3 de cada 10 son mujeres. En relación a la cantidad de personas detenidas y procesadas también es posible apreciar diversos movimientos en el período analizado.

Gráfico 1. Cantidad de detenidos y procesados en asuntos con drogas ilícitas. Serie 2008-2012



Fuente: elaboración propia en base a datos informe de control de la oferta JND, (2012).

En lo que respecta a la cantidad de detenidos, puede observarse que entre el período de 2009 y 2011 la tendencia se mantiene entre 1638 y 1951 personas. A 2012, esta tendencia sube a 2236 personas para ubicarse en guarismos similares a los registrados en el año 2008 (2374 personas). No obstante, puede apreciarse que si bien existen algunas variaciones en el número de personas detenidas a lo largo del período, la cantidad de personas procesadas vinculadas con drogas, se mantiene constante hasta el año 2011, en una cifra que oscila entre los 684 y 769 procesados (a lo largo del período proporción que oscila entre el 30% y 50% de los detenidos). A 2012 se observa un incremento sustantivo en la cantidad de procesados: de 684 en 2011 a 931 en 2012.

Otro de los antecedentes más cercanos en el Uruguay con respecto a las personas privadas de libertad y el uso de drogas es la Segunda Encuesta sobre Consumo de Drogas en Detenidos Recientes por la Junta Nacional de Drogas JND y CICAD. En dicho informe se señala que las prevalencias del último año y mes de consumo de marihuana alcanzaba al 31,5% y 24,8% de la población. Se señala asimismo que estos guarismos superaban siete veces las tasas registradas en el resto de la población de uruguay.

Con respecto a las sustancias detectadas en el análisis de laboratorio, se constata que la prevalencia en el consumo anual y mensual de PBC alcanza al 16.7% y 12.6% de la población consultada. En perspectiva comparada, 23 y 46 veces más que la constatada en el resto de la población. Paralelamente, las tasas de consumo anual y mensual de cocaína registrada alcanzan a la proporción del 9,7% y 4,5% respectivamente de los detenidos; seis veces más que la observada en la población uruguaya.

Finalmente, en el informe subregional sobre *Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga* (ONUDD-UNODC, CICAD/OEA, Observatorio Interamericano de Drogas y Junta Nacional de Drogas, 2010) se sostiene que hacia 2008, 8 de cada 10 personas privadas de libertad han experimentado al menos una vez alguna droga ilegal en su vida. Paralelamente, y en perspectiva comparada con el resto de la población del Uruguay, se podía apreciar que la prevalencia de vida en el consumo de drogas ilegales de esta población cuadruplicaba a la constatada en la población relevada en el Censo de Hogares 2006. Esta tendencia se manifestaba en los consumos de todas las drogas ilegales, y correlativamente se manifestaba una edad media de inicio sensiblemente inferior a la constatada en la población relevada en el Censo de Hogares. Además de la alta prevalencia de vida, el policonsumo es otro elemento que caracteriza fuertemente dicha población en términos de su relación con sustancias ilegales: en promedio, la población privada de libertad ha experimentado entre dos y tres tipos de ella. La sustancia con mayor prevalencia de vida es la marihuana (74,1%), luego la cocaína (51,4%), seguida de la pasta base de cocaína (46,3%) y finalmente los alucinógenos (22%).

6. Conclusiones

Las respuestas del Estado uruguayo a los consumidores de sustancias psicoactivas, en lo relacionado con el uso recreativo y la oferta, y las relativas a la prevención y el tratamiento de los riesgos para la salud asociados al uso de esas sustancias, presentan una contradicción central cuya explicación se relaciona con la vigencia de instrumentos legislativos de corte higienista (ley de psicópatas, ley de vagancia, mendicidad y estados afines), y otros que ambientan respuestas criminalizadoras de los usuarios a partir de la delegación en la convicción moral de los jueces la viabilidad o no del reproche penal (ley de estupefacientes 14.294 en su redacción dada por la ley 17.016 y ley 19.007) y de soluciones alternativas al enfoque prohibicionista pero que se limitan exclusivamente al cannabis (ley 19.172). En otras palabras, las contradicciones conceptuales y de enfoque que se observan en las respuestas

estatales hacia los usuarios de sustancias psicoactivas debe ponerse en relación con la simultaneidad en el discurso institucional de argumentos que sustentan reformas apoyadas en la integración de los instrumentos internacionales de protección de derechos humanos, y argumentos que exaltan la salvaguarda de la seguridad y el orden públicos mediante el recurso a instrumentos punitivos.

En ese sentido, en los últimos años, los lineamientos de la política nacional de drogas, enunciados en la Estrategia Nacional de la Junta Nacional de Drogas, se han articulado alrededor del discurso de los derechos humanos y la necesidad de promover e implementar soluciones normativas alternativas al modelo prohibicionista. Esos lineamientos se han visto concretados con la reciente aprobación de la ley 19.172 de regulación del mercado de cannabis. El proceso de aprobación de esta alternativa al modelo prohibicionista ha tenido lugar mientras se promovían, también a partir de iniciativas del Poder Ejecutivo, regulaciones específicas para los comportamientos vinculados a la PBC que incluyen el aumento de penas y profundizan la criminalización de los usuarios. Asimismo, con la salvedad del cannabis, se ha mantenido la libre convicción moral del juez como sistema de valoración de la prueba a la hora de determinar en el ámbito penal si se está ante un delito de tenencia o ante un comportamiento exento de pena por tratarse de la tenencia o posesión de una cantidad de sustancia razonable para el consumo personal.

Por otra parte, el proyecto de ley que reforma del marco normativo sobre tratamientos involuntarios y que cuenta ya con media sanción legislativa, merece severas críticas desde la perspectiva de los derechos de los usuarios de sustancias psicoactivas, al igual que lo previsto en el proyecto de regulación del alcohol para el caso de incumplimiento de la prohibición de consumir en la vía pública. Para que la normativa legal proyectada fuese coherente con lo enunciado en la Estrategia Nacional de la Junta Nacional de Drogas para el período 2011-2015 sería necesario que se asegurara una oferta institucional que permita a las personas que desarrollen usos problemáticos de sustancias el acceso de manera libre, informada y autónoma a un tratamiento adecuado y seguro, garantizando con ello el respeto de los derechos humanos.

Referencias bibliográficas

- Bardazano, Gianella (2012); “Sobre la justificación de las decisiones judiciales relativas a la interpretación del artículo 31 del Decreto Ley 14.294 en su redacción dada por la Ley 17.016: se presume culpable”, AA.VV; *Aporte universitario al debate nacional sobre drogas*, Universidad de la República-CSIC, Montevideo, 39-61.
- Filardo Verónica, Aguiar Sebastián (2012); “*La marihuana provoca esquizofrenia. Espacio público y drogas en Uruguay*”. Proyecto de investigación Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), Universidad de la República (UdelaR) “Aporte universitario al debate Nacional de Drogas” (2012).
- Garibotto, Giorgina (2010); *Leyes de drogas y cárceles en América Latina, cárceles y drogas en Uruguay*.
- Gilardino, Beatriz (2012); “Ley de asistencia a personas en situación de calle: análisis y relación con la ley de psicópatas y la ley de vagancia, mendicidad y estados afines”, *Revista de Legislación Uruguaya*, Año 3, No.3, Montevideo, 41-56.
- Negro, Carlos (2013); “La nueva regulación de la pasta base de cocaína. Maldita pasta base”, *Revista de Derecho Penal*, FCU, Montevideo, en imprenta.
- Nino, Carlos Santiago (1979); “Es la tenencia de drogas con fines de consume personal una de las ‘acciones privadas de los hombres’?”, en De Greiff, Pablo y De Greiff, Gustavo (comps.) (2000); *Moralidad, legalidad y drogas*, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 261-293. [Publicado originalmente en *La Ley*, t.-D, 1979, p.743-758].
- Ottati, Amadeo (2005); *Aspectos penales de la ley de estupefacientes*, Amalio Fernández, Montevideo.
- Reta, Adela (1976); “La ley 14.294 sobre comercialización y uso de estupefacientes y sustancias sicotrópicas”, *Anuario de Derecho Penal Uruguayo*, No.1, Montevideo, 287-309.
- Sbrocca, Martín (2013); “Primeras reflexiones sobre el proyecto de ley de internación compulsiva”, *Revista de Derecho Penal*, FCU, Montevideo, en imprenta.
- Zaffaroni, Raúl (2002); *Derecho Penal. Parte General*, Segunda edición, Ediar, Buenos Aires.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES¹

Los estudios por país del CEDD sobre usuarios de drogas ilícitas y las respuestas estatales muestran que existe una persistente criminalización hacia las personas usuarias de estas sustancias y apuntan a la necesidad de repensar las políticas de drogas que hoy prevalecen en América Latina para lograr un cambio hacia un enfoque de salud y reducción de daños que sustituya el actual enfoque punitivo y criminalizador.

Las investigaciones del CEDD, cuyos resúmenes se incluyen en este reporte, analizan cuál ha sido la respuesta de cada uno de los Estados estudiados frente al consumo de drogas en dos ámbitos fundamentales: el sector de salud y el penal. Los estudios comienzan con una revisión de la normatividad y políticas públicas vigentes en torno al consumo ilícito de drogas en cada país para después estudiar la aplicación de las leyes y políticas públicas en la realidad. Los resultados muestran que la mayoría de las políticas públicas adoptadas por los países estudiados relacionadas con el consumo de drogas parten de un enfoque represivo y prohibicionista que no distingue entre los diferentes tipos de usos ni entre las sustancias o usuarios, y por lo tanto resultan inadecuados para enfrentar los daños causados por el uso problemático de drogas. Asimismo, en la práctica, dichas políticas resultan violatorias de una serie de derechos fundamentales de las personas usuarias de drogas. Los estudios muestran además la necesidad de redireccionar las actuales políticas frente al consumo de drogas hacia un enfoque de salud pública, derechos humanos, reducción de daños y a la importancia de fundar este cambio de enfoque en evidencia científica.

Partiendo de la información y análisis presentados en estas 8 investigaciones, hemos desarrollado 14 conclusiones principales. Las hemos agrupado en dos partes. Las primeras se relacionan con aspectos generales de las políticas públicas frente al consumo mientras que las segundas tienen que ver con aquellas específicamente relacionadas con salud pública y con las respuestas del sistema judicial penal a los usuarios de sustancias estupefacientes controladas. Con base en estas conclusiones presentamos una serie de recomendaciones que esperamos ayuden a desarrollar políticas de drogas más realistas, eficaces y humanas.

¹ El presente capítulo fue elaborado por Coletta Youngers, Catalina Pérez Correa y Diana Guzmán, a partir de las versiones individuales de los estudios cuyos resúmenes se presentan en este reporte.

CONCLUSIONES

A) POLÍTICAS PÚBLICAS GENERALES

Conclusión 1

El diseño de políticas y legislaciones nacionales relacionadas al consumo de drogas es a menudo el resultado de una interpretación estrecha y no armónica de los tratados internacionales en materia de drogas, que entra en tensión con el derecho internacional de los derechos humanos. Su consecuencia es la vulneración de los derechos fundamentales de los usuarios y la discriminación y estigmatización de los mismos.

Encontramos que a menudo los Gobiernos fundamentan leyes y prácticas represivas a nivel nacional en una interpretación estrecha de los instrumentos jurídicos internacionales en materia de drogas -una tendencia promovida en las instancias internacionales relacionadas a drogas, como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas- a la vez que ignoran otras responsabilidades internacionales en materia de derechos humanos.

Los instrumentos jurídicos internacionales en materia de control drogas de uso ilícito presentan al menos dos problemas fundamentales en cuanto al consumo.² Primero, la Convención Única de Estupefacientes de 1961 reconoce sólo dos formas legales del uso de drogas: el uso medicinal o el uso científico y, abuso o toxicomanía. En este sentido, la Convención Única no reconoce como legítimos otros usos, incluidos los recreativos, a pesar de que este uso representa la mayor parte del mercado de drogas y de no causar mayores problemas para las personas usuarias, sus familias o sus comunidades. Mientras tanto el Protocolo de 1972 (a la Convención Única de 1961) puso de relieve la necesidad de proporcionar acceso a tratamiento y rehabilitación de consumidores de drogas concomitantemente o como alternativa al encarcelamiento.

Segundo, aunque en la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 el consumo no figura como un acto sujeto a criminalización, todas las conductas relacionadas con el mismo, tal como la posesión, la compra y el cultivo,

² Como analizamos en detalle en nuestro estudio *Sistemas Sobrecargados: Leyes de Drogas y Cárceles en América Latina*, las leyes en la mayoría de los países estudiados fueron revisadas y endurecidas después de la adopción de los tratados internacionales. De hecho, la convención de 1988 obligó a los países que lo ratificaban a adaptar la legislación nacional para adecuarse a las normas internacionales.

son incluidas en la lista de conductas delictivas, que incluyen también el tráfico, la instigación o inducción a consumir como delito. Hay que notar, sin embargo, que la misma convención establece una cláusula de escape pues señala que las disposiciones “quedarían sujetos a los principios constitucionales y orden jurídico de cada país”. A pesar de ese margen, la Convención de 1988 forma la base de la criminalización de los usuarios, una visión que lleva a la estigmatización y discriminación de los mismos y, deja abierta la opción de castigar al usuario con tratamiento obligatorio.

De esta forma, aunque es claro que en el marco de los tratados de fiscalización los Estados no están obligados a penalizar el consumo de drogas de uso ilícito, en la práctica, la mayoría de los países analizados terminan por criminalizar a los usuarios de drogas. Esta tendencia altamente represiva, que se deriva de una interpretación limitada y no armónica de los tratados internacionales en la materia, amenaza y vulnera derechos fundamentales amparados por los ordenamientos constitucionales de los países analizados, y en plena contradicción con los instrumentos internacionales de los derechos humanos consagrados por el sistema universal e interamericano de protección de los derechos humanos. Igualmente, este tipo de interpretaciones da como resultado políticas que desconocen la existencia del consumo recreativo y no problemáticos y amenazan los derechos de los consumidores.

Este tipo de interpretaciones resultan inadecuadas, pues según directivas emitidas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, las actividades para el control de drogas deben ser llevadas a cabo de acuerdo a normas y estándares internacionales de derechos humanos. Los estados miembros de las Naciones Unidas están obligados, según la Carta de las Naciones Unidas a promover al “respecto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales” y los tratados de derechos humanos tienen prevalencia sobre cualquier otro tratado, incluyendo es sistema internacional de control de drogas. Sin embargo, como se muestra en este reporte, la puesta en práctica de las políticas de control de drogas ilícitas en la región, resultan en diversas violaciones a los derechos humanos de los usuarios de drogas ilícitas.

Conclusión 2

Los gobiernos de la región dan prioridad a controlar la oferta de drogas ilícitas por encima del consumo (demanda), lo cual repercute en la falta de respuestas sociales y de salud ante éste último y contribuye a generar la vulneración de los derechos de salud de los usuarios (futuros y presentes). Durante décadas, el gobierno de los Estados Unidos ha

llevado a cabo una estrategia de “guerra contra las drogas” en América Latina orientada a bloquear los mercados de cocaína y heroína en el “punto de origen”, o sea en los países donde se producen. Sin embargo, esta estrategia (de enfoque a la oferta) ha resultado poco efectiva para reducir el tamaño del mercado de drogas ilícitas y el consumo de las mismas. Además, el enfoque de reducción de la oferta ha implicado el menoscabo de las políticas de salud debido a que los recursos existentes son utilizados en los sectores de defensa y justicia en lugar de ser dirigidas hacia actividades encaminadas a garantizar la salud, prevenir o a generar el desarrollo económico sostenible de los sectores campesinos involucrados en los cultivos de uso ilícito.

Eso es evidente tanto en la asistencia económica otorgada por el gobierno de los Estados Unidos a países de la región, como en los gastos internos en estos países. Varios de los estudios por país muestran la desproporción que existe entre los recursos destinados a reducción de la oferta y a la reducción de la demanda. En Argentina, por ejemplo, la proporción en los gastos es aproximadamente 82% para la reducción de la oferta y 18% para la reducción de la demanda. En el caso del Perú, la investigación revela que en el periodo de 2002 a 2010, la mayoría de la atención fue puesta en las acciones de interdicción, mientras que los programas de prevención y tratamiento quedaron relegados destinándose sólo el 8.53% del total de recursos fiscales a prevención y tratamiento. En Colombia la proporción del gasto del Estado para programas relacionados a consumo es aún peor: solo 4.1% del total de los gastos en programas relacionados con drogas fue para prevención y tratamiento. En Bolivia, mientras se conocen anualmente las cifras de la cooperación destinadas a la interdicción policial al tráfico, no se conoce el financiamiento disponible para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. El Informe de Evaluación del Progreso de Bolivia en el Control de Drogas 2007-2009, realizado por la CICAD, indica que el Ministerio de Salud y Deportes, no contó con un presupuesto destinado al financiamiento de programas de tratamiento, en el periodo de evaluación. En Brasil los escasos recursos para la salud son desviados para la implementación de medidas coercitivas (como la internación compulsiva) en comunidades terapéuticas privadas en las que se reportan violaciones flagrantes a los derechos humanos.

Estas cifras sugieren que, en términos generales, los Estados han desatendido su responsabilidad de fortalecer y ampliar las políticas públicas sociales y de salud, enfocando sus esfuerzos presupuestales en políticas punitivas. Frente a esta realidad, algunas personas podrían argumentar que este desbalance en la inversión se justifica porque el problema de la violencia asociada a las estructuras criminales dedicadas al tráfico de drogas es más grande y grave que el fenómeno del consumo. De acuerdo con este argumento, podría considerarse que

en países como Colombia o México, los cuales experimentan altos niveles de violencia relacionados con el narcotráfico, sería razonable invertir menos recursos en las políticas frente a la demanda, pues estas generarían realidades menos dramáticas. No obstante, este argumento resulta paradójico al menos por dos razones. Primero, porque los recursos se invierten realmente en la lucha contra la oferta y no contra el crimen organizado, y segundo; porque la desproporción se presenta en todos los países y no solo en aquellos con altos niveles de violencia y con grandes niveles de producción. Además, los estudios demuestran que las problemáticas derivadas del consumo de drogas de uso ilícito no están bien atendidas por los Estados.

De esta forma, contrario a lo que ocurre en la actualidad, los Estados deberían diseñar e implementar políticas frente al consumo de drogas de uso ilícito inclusivas, basadas en evidencias y respetuosas de los derechos humanos, a través del aumento en los presupuestos y el ofrecimiento de servicios públicos accesibles y de buena calidad. También es preocupante que en general los gobiernos no han desarrollado la capacidad de monitoreo y evaluación periódica del cumplimiento de las políticas y de sus resultados. El enfoque en la oferta se refleja también en la priorización del sistema penal sobre el sistema de salud, como se explica en más detalle más adelante.

Conclusión 3

En la mayoría de los estudios se advierte escasez de información sobre el consumo, la falta de sistematización de dicha información y, problemas metodológicos y conceptuales en la generación de información sobre el consumo. Ello tiene un impacto negativo en las respuestas estatales ante el consumo y el desarrollo de políticas informadas y basadas en información empírica.

La falta de información confiable –aun de indicadores sobre asuntos básicos como la mortalidad por consumo, los daños provocados por el mismo, entre otros - no permite conocer la verdadera dimensión del fenómeno. Además, cuando los países producen información utilizan como indicador principal la prevalencia del consumo (frecuentemente en el último año), ello genera una imagen distorsionada sobre el uso de sustancias controladas y hace imposible la distinción entre consumo problemático y no problemático y contribuye a sobre-dimensionar la magnitud de los consumos problemáticos. Esto fomenta que los discursos sobre el consumo de drogas y consumidores se basen en prejuicios y generen miedo y no apela a la realidad de los jóvenes. La tendencia de presentar la información sobre el consumo de

drogas ligada al crimen, aunada a la falta de investigación sobre el fenómeno ha fomentado el desarrollo de discursos oficiales que conciben a los consumidores como “delincuentes-enfermos”. En última instancia, no se trata únicamente de tener datos confiables, sino también de cómo estos datos son interpretados y usados para generar políticas públicas.

En el caso de México, por ejemplo, existe una evidente ausencia de información sobre el consumo de sustancias ilícitas y sobre el tratamiento que las autoridades tienen del mismo. A pesar del importante número de consumidores que puede haber en el país, la información existente sobre usuarios y sobre el consumo mismo es poco uniforme, no es comprensiva o se enfoca en los grupos de consumo problemático. Hay poca información sobre patrones de consumo o formas de abastecimiento y los instrumentos de medición parecen partir del supuesto según el cual todo consumo es problemático, sin reconocer que la mayoría es consumo recreativo (una tendencia encontrada en casi todos los países estudiados).

En Bolivia también se advierte una escasa información sistematizada sobre consumo; instrumentos de monitoreo esenciales para políticas de reducción de la demanda, como el Observatorio Boliviano de Drogas, aún no se encuentran en funcionamiento. En ese contexto, la información que se tiene sobre consumo de drogas proviene de estudios aislados con metodologías sesgadas o basados en ideologías de cero tolerancia que no tienen periodicidad y que abarcan diferentes muestras de población.

A la vez, es importante señalar que en los últimos años, varios gobiernos han mejorado la recolección de información sobre el consumo de drogas. Por ejemplo, en el caso de Ecuador mientras en el pasado los reportes sobre consumo de drogas a nivel nacional habían sido contruidos sin suficiente fiabilidad metodológica, el último informe de CONSEP presenta los resultados de una encuesta nacional sobre el uso de drogas por estudiantes en 2012, que corrige las fallas metodológicas de los informes anteriores. Este nuevo instrumento usa categorías que permiten medir el tiempo, la frecuencia y la cantidad en el uso de determinadas drogas. En Uruguay, asimismo, desde hace varios años se ha hecho un esfuerzo por desarrollar un sistema de información con indicadores y metodologías homogéneas que permiten dar cuenta de una línea de base para describir la evolución en el tiempo de ciertas características del consumo y así contar con información confiable que informa las políticas públicas en la materia.

En Brasil, también, se han implementado nuevas metodologías de investigación para entender mejor el fenómeno del consumo. La fundación Fiocruz, por ejemplo utiliza una metodología diferente (*scale up method*) para obtener información sobre usuarios de pasta base (y otras sustancias). Dicha metodología permite la generación de datos más confiables que los

obtenidos a través de los métodos tradicionales (como es el caso de las encuestas realizadas en hogar). Sin embargo, esta información no es comparable con la información existente (obtenida a través de métodos tradicionales).

Conclusión 4

En todos los países estudiados, encontramos una fuerte discriminación y estigmatización de las personas usuarias de drogas de uso ilícito, y aun en países donde el consumo de dichas sustancias no es criminalizado, con frecuencia los consumidores son tratados como criminales. Como ya fue explicado, la misma Convención de 1961 equipara todo uso que no sea medicinal o científico con toxicomanía. El consumo de drogas de uso ilícito es frecuentemente asociado con conductas riesgosas (enfermedades de transmisión sexual) y, más recientemente, con la inseguridad ciudadana, la violencia y el crimen. Los estudios por país muestran que en la región es frecuente que los usuarios sean percibidos y tratados como delincuentes y/o enfermos.

Esta caracterización aún se refleja en las leyes de algunos de los países estudiados. Por ejemplo, en Argentina la justificación de la ley de drogas de 1974 identificaba al usuario como una persona que al entregarse a su “vicio no solo se destruye a sí mismo sino que...causa perjuicios a quienes lo rodean.” Además sostenía que “todo drogadicto es potencialmente un traficante de estupefacientes”, justificando su judicialización. En la legislación y jurisprudencia de la década del 90 estas ideas continuaron reproduciéndose, aunque con otros términos. Sin embargo, la realidad contrasta con esta visión ya que, como muestra el texto la mayoría de los consumidores detenidos en Argentina suelen ser jóvenes, sin antecedentes penales ni encarcelamientos, detenidos en la vía pública con cantidades pequeñas de drogas, quienes no estaban cometiendo otro delito y sin portar armas.

En el caso de Ecuador, también vemos que el Código Civil vigente mantiene normas arbitrariamente discriminatorias para quienes usan drogas. Así, por ejemplo, consagra como causal de divorcio el hecho de ser “toxicómano” y somete a cualquier usuario de drogas a un curador para la administración de sus bienes. En otras palabras, se afirma el sentimiento social de que el uso de drogas es una transgresión a las reglas de comportamiento generalmente aceptadas. En todos los países estudiados encontramos que el consumo de drogas ilícitas está visto como una desviación no aceptable de estas reglas.

Aun en Uruguay, que tiene las políticas de drogas más progresistas de todos los casos analizados, las prácticas discursivas de los jueces en sus decisiones jurídicas contribuyen a la estigmatización de los consumidores, refiriendo a menudo a los consumidores como enfermos.

Perú --donde el consumo o el porte o tenencia de pequeñas cantidades no es un delito-- presenta un caso interesante. Debido a prejuicios sobre el consumo, cualquier tipo de consumo es visto por la mayoría de la población como una actividad ilícita. De hecho, de acuerdo con una encuesta citada en el estudio solo 26% de la policía peruana señala que no debe considerarse el consumo de drogas como una actividad ilegal. Esto muestra que incluso en los países donde el consumo no es delito los usuarios de sustancias ilegales no son vistos como sujetos de plenos derechos.

En Colombia, aunque la legislación penal no criminaliza el consumo de drogas, los agentes policiales suelen asociar el uso de sustancias con una amenaza a la seguridad. Según encuestas y otros documentos citados en el estudio colombiano, gran parte de las denuncias ciudadanas identifican el uso de drogas como un problema de seguridad en los barrios. Los patrulleros policiales, según las entrevistas realizadas, suelen reproducir dicho estereotipo particularmente sobre aquellos consumidores que cumplen ciertos perfiles raciales y de clase socioeconómica.

Finalmente, encontramos también que el consumo de ciertas sustancias genera mayor estigmatización y criminalización que otras. Este es el caso de los consumidores de *cocaína fumable*, particularmente evidente en Uruguay, donde el gobierno está en el proceso de crear mercados regulados de cannabis pero existen altas tasas de procesamiento legal de consumidores de paco. En ese caso, además, los jueces generalmente usan umbrales muy bajos (entre 1 y 2 gramos) para determinar si la cantidad incautada es para uso personal o con fines de comercio. En Brasil, como respuesta a la visibilidad mediática sobre usuarios de cocaína fumable en las calles, y que la prensa calificaba como “zombis” o non-personas, el gobierno adoptó políticas represivas, violadoras de derechos (como la internación compulsiva) e higienistas. Aunque en ese país la no establece penas de prisión por consumo, los usuarios de ciertas sustancias como el paco son detenidos por la policía, para que los turistas no los vean.

Conclusión 5

En gran parte como resultado de la estigmatización del consumo de drogas, los usuarios sufren la vulneración constante de sus derechos fundamentales. Existen varios tratados internacionales en materia de derechos humanos relevantes para las personas que

usan drogas controladas. Estos incluyen la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, entre otros. Sin embargo, a pesar de las obligaciones que tienen los Estados hacia los usuarios, éstos sufren una gama de violaciones de derechos básicos, que incluyen los siguientes:

- **Derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad**

Este derecho implica la libertad de tomar decisiones como qué poner en nuestro cuerpo. La gran mayoría de los usuarios consumen porque así lo deciden y porque consumir les da placer —no porque tienen un problema de comportamiento compulsivo—.

- **Derecho a la no discriminación**

Como ya se ha señalado, los consumidores de sustancias ilícitas han sido frecuentemente estigmatizados, teniendo como resultado una desigualdad en el trato social y jurídico hacia ellos.

- **Derecho a la salud**

En el caso de consumidores de drogas de uso ilícito, el derecho a la salud implica que existan disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud; que sean accesibles (económicamente y físicamente) a toda la población; y que los tratamientos cumplan con criterios objetivos y científicos. El escaso desarrollo y financiación de políticas de prevención y tratamiento, así como la insuficiente fiscalización de los tratamientos que ofrece el sector privado en los países del estudio amenaza y vulnera este derecho del cual son titulares los usuarios.

- **Derecho a la información**

Como está señalado en la mayoría de los estudios por país, los Estados tienen la obligación de brindar información a los consumidores sobre los potenciales daños del consumo de drogas ilegales y legales. Además, en el caso de consumo problemático, es la obligación del Estado de brindar información sobre los tratamientos disponibles. Sin embargo, en la práctica la información que se brinda es escasa y se fundamenta en ideas estereotipadas y equivocadas sobre el consumo, sus consecuencias y alcances.

- **Derecho al debido proceso**

Las autoras del informe sobre México explican que este derecho es frecuentemente violentado debido a la criminalización que de facto sufren los consumidores de sustancias ilícitas. Al igual otros grupos marginados, debido a la estigmatización que existe en torno al consumo, el grupo de consumidores de sustancias de uso ilícito es más vulnerable frente a la autoridad y por lo tanto es más importante, para estos, la vigilancia de la correcta aplicación de este derecho.

Es importante reconocer que algunos países han realizado avances importantes en reconocer los derechos de los usuarios en sus leyes y políticas. En el caso de Argentina la Ley de Salud Mental de 2010 establece que: “Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” e incluye una lista de estos derechos. También en el caso de Uruguay, un decreto de 2013 dispone que se garantice el respeto a los derechos humanos de los usuarios y establece la obligación de trato con la dignidad inherente a la persona humana a los usuarios y sus familias, aparte de otros derechos reconocidos en el decreto. En Ecuador, también, la Constitución de la República consagra el derecho a la salud para las personas inmersas en usos ocasionales, habituales y problemáticos, tal como consta en su artículo 364.

Sin embargo, la aprobación de leyes y políticas es solo el primer paso ya que su impacto depende más que todo en su efectiva implementación. El caso de Colombia ejemplifica este punto. La reforma del artículo 49 de la Constitución reconoce que los usuarios tienen derecho a tratamiento y que este debe ser voluntario. Además, en el año 2012 se aprobó una ley que reconoce este derecho y establece la obligación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de ofrecer tratamientos. Sin embargo, como se muestra en el estudio, en la práctica hay una serie de limitaciones que restringen seriamente estos derechos.

B) POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA

Conclusión 6

Encontramos en los países estudiados una falta de distinción de las diferentes formas de consumos y de las sustancias mismas así como la ausencia de respuestas estatales apropiadas a cada forma de consumo. Los estudios de los países usan categorías distintas para distinguir formas de consumo, pero en general, estas pueden ser categorizadas como:

consumo no frecuente no problemático, consumo frecuente problemático, consumo frecuente no problemático y consumo no frecuente y problemático. Esta categorización permite ver que no todo uso de drogas es problemático ni implica justifica la intervención del Estado.

Sin embargo, en varios países estudiados, la normatividad solo reconoce la existencia del consumo problemático. Y, como ya ha sido señalado, en varios países existe la tendencia de categorizar a todos los consumidores como farmacodependientes, prevaleciendo en consecuencia las políticas orientadas a erradicar todo tipo de consumo.

En el caso de Bolivia, también, ni en la legislación ni en los discursos existe una diferenciación entre los diferentes tipos de consumidores (a quienes las políticas y planes asumen como una población homogénea) ni entre los tipos de droga. En el caso de la legislación peruana el estudio presentado muestra que ésta no reconoce diferencias entre usos ocasionales, recreativos o de índole problemática. Ni la Estrategia Nacional de Control de Drogas de 2012 a 2016 distingue entre tipos de usuarios. En ese caso ello tiene como consecuencia que muchos consumidores sean detenidos, a pesar del hecho que ni el consumo ni el porte para consumo son delito en el Perú.

Una conclusión general de los estudios es la importancia de distinguir entre distintos tipos de sustancias y del posible daño que estas pueden causar para lograr políticas más proporcionales -lo que está al centro del debate actual sobre cannabis-. Previa investigación llevadas a cabo por el CEDD, muestran cómo, a lo largo de la región, los usuarios de cannabis enfrentan estigmatización y acoso por parte de las fuerzas policiales locales y a menudo son detenidos por cultivar plantas o por simple posesión de la sustancia. En varios de los países estudiados los consumidores de cannabis constituyen un porcentaje importante de quienes se encuentran encarcelados por delitos relacionados a drogas. Ello, aun cuando en varios países en el mundo hay nuevas formas de regulación del mercado de cannabis (por ejemplo en los estados de Colorado y Washington en EUA, o en Uruguay).

Conclusión 7

En general, los Estados han adoptado una interpretación estrecha con respecto a sus responsabilidades sobre el derecho a la salud, especialmente frente a quienes consumen drogas, permitiendo que el sector privado sea el principal proveedor de los servicios de rehabilitación y tratamiento. Además, encontramos que los Estados han abdicado sus responsabilidades en la reglamentación y fiscalización de estos centros, muchos de los cuales funcionan como comunidades terapéuticas, manejadas por grupos religiosos de

manera informal. Como ya ha sido explicado, esta situación es el resultado del desbalance entre la atención puesta al lado de oferta frente a la demanda y se concreta en la falta de inversión por parte de los gobiernos en el sector salud y en programas dirigidos al consumo de drogas de uso ilícito, así como en la privatización de los servicios de salud en general. Además, en los países estudiados, las instituciones de salud pública no ofrecen servicios adecuados a personas con problemas de dependencia. Ello tiene implicaciones muy preocupantes en el contexto actual del aumento de consumo de drogas de uso ilícito en varios países de la región.

Un problema particularmente preocupante son los pocos esfuerzos para intentar reglamentar los centros de rehabilitación y tratamiento privado. Algunos países, como Colombia, han intentado reglamentar la operación de estos establecimientos pero ha encontrado muchas dificultades a nivel de implementación. En el caso de dicho país, los tratamientos de rehabilitación han sido incorporados en el Plan Obligatorio de Salud. Sin embargo, la disponibilidad de servicios de salud para usuarios problemáticos de drogas depende mayormente de la oferta privada lo que implica la falta de acceso para muchas personas que lo solicitan. Además, a pesar del hecho de que el gobierno tiene un registro de estos establecimientos y estrictos requisitos para otorgarles su reconocimiento oficial, la oferta real parece estar en centros clandestinos y no existe la capacidad institucional suficiente para determinar cuántos de estos funcionan en el país ni para impulsarlos a cumplir con los requisitos legales mínimos. Estos centros, por tanto, escapan el control estatal y pueden constituirse en riesgos para la protección de los derechos humanos de los usuarios. Incluso aquellos que están registrados oficialmente reciben un control precario por parte del estado. El estudio sobre Colombia concluye que, a pesar del hecho de que los criterios de habilitación de los centros de atención para usuarios dependientes en drogas son exigentes y coherentes, existe una importante incapacidad estatal para verificar el cumplimiento de dichos requisitos en los centros de tratamiento que operan en el país, lo cual afecta la calidad de los servicios de tratamiento disponibles.

Otro ejemplo interesante es Ecuador, donde la falta de oferta de servicios por parte del Estado resultó en el abandono del control sobre las técnicas o métodos de rehabilitación y la aparición de centenares de centros de rehabilitación privados o comunidades terapéuticas, muchas de las cuales están basados en un enfoque “espiritual” en vez de científico para “tratar” la dependencia en drogas. Incluso, se habla del uso de tormentosas prácticas, lo que jurídicamente solo puede explicarse como tortura. En respuesta a esta situación, el gobierno actual recientemente

adoptó un “Reglamento para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias a Sustancias Psicoactivos” y ha iniciado un proceso de registrar y acreditar a los centros privados que operan en el país. En este proceso, hasta fines de 2013 el gobierno había clausurado 20 clínicas de rehabilitación y liberó a más de 500 personas en centros de tratamiento obligatorio a nivel nacional. A la vez, el Ministerio de Salud está expandiendo sus servicios para incluir a personas con consumo problemático con un enfoque particular en centros ambulatorios ubicados para asegurar el acceso de quienes necesitan los servicios.

Conclusión 8

En los servicios que se ofrecen a los usuarios de drogas tanto a nivel público como privado, prevalecen modelos de tratamientos basados en la abstinencia. Hay poco énfasis en los programas con un enfoque en la reducción de daños, que han mostrado ser más eficaces en mitigar los efectos negativos del consumo de drogas de uso ilícito.

La reducción de daños³ como modelo se aplica en más de 70 países en el mundo, ha sido evaluado con rigor y ha demostrado su eficacia, entre otros aspectos, para reducir el contagio de infecciones de transmisión sanguínea, así como la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el consumo de drogas. El concepto de reducción de daños tradicionalmente ha sido asociado con intervenciones orientadas a reducir los riesgos relacionados al uso de drogas y no necesariamente a reducir el nivel general de uso. Por lo tanto, algunos gobiernos no han querido adoptar políticas de reducción de daños por miedo de ser vistos como poco “duros” en el “combate” al narcotráfico, manteniendo un enfoque abstencionista. Esto ha llevado a resultados nefastos y evitables. Un ejemplo de esto es Argentina y la expansión de la epidemia de SIDA en ese país, relacionado al uso de drogas inyectables, en los 80 y 90. Durante este periodo, las repuestas estatales de prevención se desarrollaron con el enfoque “prohibicionista-abstencionista” y los mensajes preventivos se concentraban en que aquellos que nunca habían consumido no empezaran a hacerlo y los que ya lo habían hecho no lo siguieran haciendo, y abandonaran esta práctica (todo ellos, incluso, bajo la amenaza de ser sancionados por el sistema penal). No hubo programas sistematizados de prevención de VIH orientados a quienes seguían usando drogas inyectables, y recién a fines de los 90 se realizaron

³ Según el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC, por sus siglas en Inglés), reducción de daños es un término que alude a las intervenciones en materia de salud pública que persiguen reducir las consecuencias negativas derivadas del consumo como también de las políticas de drogas.

algunas acciones principalmente a cargo de organizaciones no gubernamentales, universidades, y algunas a nivel local -municipal- principalmente con financiamiento internacional. En ese caso, la falta de una repuesta adecuada por parte del Estado tuvo consecuencias fatales para muchas personas que se inyectaban drogas.

Conclusión 9

A lo largo de la región, las personas usuarias de drogas –aun cuando su consumo no sea problemático- pueden ser sometidas involuntariamente, compulsivamente o semi-compulsivamente a tratamientos, lo cual puede generar vulneraciones a sus derechos.

Todos los estudios de país expresan preocupación por el tema de los tratamientos forzosos o involuntarios, y varios incluyen relatos lamentables de personas que han sido internadas – muchas veces con consentimiento de sus familiares– en centros donde se cometen violaciones flagrantes de los derechos de las personas. Algunos estudios, además alertan sobre el uso de tratamientos obligatorios en personas que usan drogas de manera recreacional aun cuando el consumo no sea problemático. La Ley de Narcomenudeo en México, por ejemplo, establece que si una persona es detenida con cantidades de drogas dentro de los umbrales para uso personal en más de dos ocasiones, puede ser sometida a tratamiento obligatorio. De manera similar, la Ley 1008 en Bolivia dispone que incluso un consumidor no habitual que fuere sorprendido en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas, que se supone son para su consumo personal inmediato, será internado en un instituto de farmacodependencia público o privado para su tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación.

Como se ha explicado, los centros de tratamiento suelen no estar regulados o fiscalizados por los estados y tienden a enfatizar la disciplina, el aislamiento, la oración o el trabajo no remunerado como tratamiento, en vez de optar por programas basados en evidencia científica. El tratamiento obligatorio además de ser una alternativa poco ética que atenta contra la libertad individual y la autodeterminación, resulta ser un recurso ineficaz. Los resultados terapéuticos asociados con los centros de tratamiento obligatorio son pobres, con tasas de reincidencia reportadas de hasta 90% en algunas circunstancias. En varios de los estudios, se encontró que este tipo de mecanismos funciona más como prisiones extrajudiciales que como centros de tratamiento. Por ello, aun en casos extremos donde la internación pueda ser recomendable, se deben respetar las garantías individuales de las personas, enfatizando especialmente: 1) el consentimiento informado de los usuarios y 2) el uso de la internación como último recurso, cumpliendo siempre con las más estrictas garantías judiciales.

En 2011 y 2012 dos eventos atrajeron la atención internacional sobre la situación de las personas detenidas en centros de tratamiento obligatorio del Perú. En esos años, dos incendios ocasionaron la muerte por ahogo y quemaduras de un total de 46 internos, quienes no pudieron salir por estar encerrados con llave en los centros. De acuerdo con el gobierno peruano, actualmente 81.53% de los centros privados identificados se encuentran funcionando en un estado de informalidad. A pesar de un nuevo reglamento para ejercer control estatal sobre el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, la mejoría ha sido poca y los requisitos del reglamento no han sido cumplidos por la mayoría de los centros identificados, dejando abierta la posibilidad de repetir la historia.

Durante el último año, asimismo, ha habido un debate intenso en Brasil sobre un proyecto de ley orientada a institucionalizar el tratamiento obligatorio en la política de drogas de aquel país. Además, en Uruguay hay un proyecto de ley, “Atención Sanitaria de Adictos en Situación de Riesgo,” que incluye artículos que contemplan la internación involuntaria en casos excepcionales.

Conclusión 10

En todos los países estudiados, hay un claro sobredimensionamiento del fenómeno de consumo ilícito de drogas – que contrasta con la evaluación que se hace sobre los daños a la salud que tienen las drogas legales como el alcohol y el tabaco-. En general, los estudios encuentran que la imagen que se presenta sobre el consumo ilícito de drogas es exagerada comparada con los niveles de uso que presentan las encuestas. Cada uno de los estudios por país presenta datos sobre el consumo de distintas drogas. En todos, el porcentaje de quienes usan o han probado alcohol es sumamente más alto de quienes han probado una droga declarada ilícita. Asimismo, el uso problemático de alcohol suele ser más alto que el de cualquier otra sustancia.

Esto podría llevar a concluir que la permisividad del alcohol es responsable del mayor uso problemático que se hace de esta sustancia. Sin embargo, el caso del tabaco apunta a que la prohibición de la sustancia no es lo que lleva a menores niveles del consumo. En ese caso, intensas campañas de educación sobre los riesgos de fumar han resultado en una reducción importante – y en algunos países, como Uruguay, una reducción dramática– en el número de fumadores y ha tenido impacto en la incidencia de enfermedades y en las tasas de muertes relacionadas al consumo de tabaco. En otras palabras, no fue el status de legalidad o ilegalidad

de las sustancias lo que determina los niveles de consumo, sino campañas de información y educación que sean eficaces.

Ello no implica que los gobiernos y sociedades no deben atender el uso problemático de drogas. Al contrario, hemos argumentado que es una obligación del Estado ofrecer programas de educación y salud a todos sus ciudadanos, incluyendo quienes consumen drogas de forma lícita e ilícita. Pero las políticas públicas relacionadas al consumo deberían estar basadas en información confiable y sistematizada, evidencia científica y evitar sobredimensionar el problema. Además, siempre deben partir del sector de salud y no del penal.

Ecuador ofrece un ejemplo de las contradicciones que pueden surgir en un contexto de políticas no fundamentadas en evidencia empírica. En este país, la venta de alcohol a niños y adolescentes está prohibida y hay restricciones para la venta a adultos. Sin embargo, organizaciones deportivas son auspiciadas por compañías de cerveza. De hecho, la cerveza Pilsener publicita el consumo de cerveza tanto en estadios, banners como en la radio y televisión. Así, por un lado el gobierno lanza campañas de prevención basadas en el abstencionismo (de todas drogas, legales e ilegales) pero por otro, permite que las compañías de cerveza lancen campañas de promoción del consumo de cerveza a toda la población. En este contexto, no sorprende que en ese país los estudiantes prefieran el alcohol frente a drogas ilícitas o que sea la cerveza la bebida predilecta.

c) POLÍTICAS EN MATERIA PENAL Y DE SALUD

Conclusión 11

La priorización del sistema penal sobre el sistema de salud y sobre la comprensión del consumo como un asunto social es evidente en todos los países estudiados. Esto puede ser constatado en la criminalización del consumo y/o el porte o tenencia para el consumo y la cantidad de consumidores y quienes cultivan para su uso personal que son detenidos, procesados, sentenciados y/o encarcelados. Para un importante número de usuarios de drogas de uso ilícito, bajo las actuales leyes de drogas, el consumo ha implicado caer bajo la actuación directa de las instituciones penales, con todos los costos que ello implica. La prohibición de las sustancias, además, ha obligado a los usuarios a recurrir al mercado ilícito, lo que implica exponerlos a redes criminales organizadas y sustancias cuya procedencia y calidad es desconocida, y someterlos a la coerción penal. Asimismo, pone a los usuarios de

drogas en situaciones de vulnerabilidad frente a las autoridades, exponiéndolos a situaciones de corrupción, extorsión, maltrato físico, detenciones arbitrarias y otras violaciones de sus derechos fundamentales.

En Argentina, el porte para consumo se ha mantenido como delito a pesar del fallo “Arriola” de 2009 en el cual la Corte Suprema de Justicia declaró inconstitucional el artículo de la ley de drogas que reprime la tenencia para consumo personal en tanto que se realice esta conducta “en condiciones tales que no traigan aparejando un peligro concreto o daño a derecho o bienes de terceros”. Un relevamiento del año 2011 mostró que alrededor de 73-74% de las causas por infracción a la ley de drogas iniciadas por las fuerzas de seguridad en el Fuero Penal Federal de la ciudad de Buenos Aires eran por el delito de tenencia de estupefacientes para consumo personal. Y si bien es cierto que la mayoría de estas causas se terminan cerrando por distintos criterios, el entrar en contacto con las agencias del sistema penal ya sea durante un tiempo breve de detención en sede policial, o por el hecho de tener un proceso penal abierto, suele entorpecer o impedir el ejercicio de otros derechos, como el obtener un trabajo o documentación. Así, la criminalización del consumidor de drogas de uso ilícito puede resultar resulta más dañina que las consecuencias de su consumo.

En Ecuador, desde 2007 al 2014 se detuvieron a 5,103 personas bajo la imputación del delito de tenencia o posesión de sustancias estupefacientes o psicotrópicas. Estos datos apuntan a que, sospechosamente, los consumidores sean el principal objetivo de los esfuerzos de aplicación de la ley.

Cada país incluido en esta investigación tiene su propio régimen penal con respecto al mercado de drogas. En Argentina el porte (“tenencia”) para el consumo es criminalizado. En Bolivia, si bien el consumo y la tenencia para consumo no son delitos, si la cantidad de droga que porta el consumidor supera en gramos a la cantidad considerada máxima para consumo personal inmediato, el consumidor sea obligatoriamente en la tipificación del tráfico de drogas, que conlleva una pena de entre diez a veinticinco años de prisión. En Brasil y México está despenalizado pero en los dos casos la despenalización ha resultado en un aumento de consumidores encarcelados por microtráfico. Colombia y Perú permiten la tenencia para el consumo, con umbrales establecidos, y Ecuador está en el proceso de adoptar una situación jurídica similar. Uruguay tampoco clasifica el consumo ni el porte para el consumo (o tenencia) como delito y deja a la discreción del juez definir la situación en cada caso. Sin embargo, a pesar de estas diferencias, en todos los países estudiados se encontró que los consumidores son criminalizados y suelen tener más contacto con el sistema de derecho penal que con el sistema de salud público, como se explica en más detalle a continuación.

Conclusión 12

En varios de los países estudiados existe confusión acerca de la legislación aplicable – o bien áreas grises en la ley – que implican la criminalización del consumidor. La falta de precisión en la ley facilita abusos policiales. Incluso en los países en donde no está penado el consumo, los consumidores pueden ser privados de la libertad y sancionados con elevadas penas de prisión. Los estudios muestran que aun en aquellos países en los que el porte o tenencia para el consumo personal no es criminalizado, los consumidores pueden ser detenidos por la policía. En estos casos, es la policía quien toma la primera decisión sobre si las drogas encontradas son para consumo personal o no. En ese momento existe un riesgo significativo de extorsión a los detenidos.

Si el caso es llevado ante un fiscal y/o a un/a juez, y la ley es ambigua, el tratamiento del caso depende de quien interpreta la ley y los hechos; unos jueces pueden ser más tolerantes mientras otros pueden ser más severos en sus consideraciones. En otras palabras, la policía, los fiscales y los jueces gozan de bastante discrecionalidad en el tratamiento de los consumidores de drogas ilícitas.

El informe sobre Colombia nota que la policía tiene dos incentivos para detener a usuarios de drogas. Primero, uno de los objetivos principales de su trabajo es incautar la mayor cantidad de sustancias controladas y este objetivo puede cumplirse acumulando pequeñas dosis. Segundo, otro de los indicadores de gestión es el número de capturas; lo que significa que los policías a menudo tienen que cumplir con cuotas de arresto. Estos objetivos generan un incentivo perverso que impulsa a la policía a perseguir a consumidores. También en ese país, es de notar que aunque la Fiscalía General de la Nación ha hecho un esfuerzo importante por evitar la judicialización de consumidores o personas involucrados en los rangos más bajos del narcotráfico, dichos esfuerzos se ven muchas veces diezmados porque fiscales de distintos niveles no comparten el mismo criterio jurídico, lo que implica además, una aplicación desigual de la ley.

En el caso de Perú, encontramos que la corrupción fomenta la detención de usuarios aun cuando el porte para el consumo no es delito. La CIDDH tiene una “Línea Verde” a la cual los consumidores detenidos pueden llamar para asistencia legal. De acuerdo con su información, en más de 50% de los casos atendidos, suceden intentos de abuso (siembra de otras drogas), violencia física y/o corrupción (solicitud de dinero). Llama la atención de que según el Ministerio Público peruano, menos del 5% de las detenciones policiales por posesión

para consumo personal llegan al conocimiento de ellos; sino que son resueltas en sede policial. Varios de los estudios de país reportan también a la corrupción como un factor clave para explicar la cantidad de detenciones por tenencia para el consumo.

En el caso de México, a pesar de la Ley de Narcomenudeo que supuestamente despenaliza el porte para el consumo, entre 2009 y mayo de 2013, fueron detenidos por la PGR a nivel nacional 140,860 personas por consumo de drogas. A la vez, durante ese mismo periodo fueron iniciadas 53,769 averiguaciones previas por consumo en el sistema federal. Estos datos muestran la criminalización constante de una conducta que no es considerada como delito de acuerdo a la legislación de ese país. Aun en Uruguay, la información muestra un número preocupante de consumidores detenidos, procesados y encarcelados.

Conclusión 13

Los umbrales son un arma de doble filo. Por una parte limitan la acción punitiva pero, por otra, permiten la criminalización de consumidores cuando las cantidades permitidas son muy bajas y se incrementan las penas para cantidades superiores a ellos. El sistema de umbrales predefine una cantidad determinada de las sustancias ilícitas que se presumen para consumo personal. Sin embargo, debido a que en muchos casos dichos umbrales no suelen reflejar la realidad del mercado y las mismas consecuencias de operar en un ámbito prohibicionista, suelen borrar la distinción entre la posesión de estupefacientes para consumo personal y la posesión para venta o comercio. En este sentido, permiten y judicializan la criminalización de consumidores que son detenidos como micro-traficantes por portar dosis superiores a las permitidas.

A la vez, la falta absoluta de umbrales permite la discrecionalidad de los operadores del sistema penal, incluidos policías, fiscales y jueces. En el contexto latinoamericano donde las instituciones penales han sido frecuentemente ligadas a la corrupción, tampoco parece óptimo que todo esté sujeto a la discrecionalidad de los policías, fiscales o jueces. En el caso de Uruguay, por ejemplo, no existen umbrales – salvo, en fechas recientes para cannabis- y ello ha llevado a inconsistencias y contradicciones en la aplicación de criterios. Mientras que, en algunos casos un juez determina que una cantidad es razonable para el uso personal, en otros se decide que una cantidad similar debe ser tenida para comercio. En el caso mexicano, en cambio, donde si existen umbrales de dosis máximas para consumo, las bajas cantidades contempladas han resultado en que consumidores sean acusados como micro-traficantes.

Sin embargo, aun en los casos en los que los umbrales reflejan dosis reales de consumo, estos, por sí mismos, no aseguran que los usuarios no serán criminalizados. Perú es un caso que ilustra los límites del instrumento. En ese caso, aunque los umbrales son más razonables y reflejan los usos en la práctica los consumidores, la existencia de umbrales no ha impedido la criminalización de consumidores. En ese caso, a menudo las policías extorsionan a los consumidores aprovechándose de la vulnerabilidad de quienes participan en el mercado ilícito.

Otro problema con los umbrales es que no contempla a los consumidores que compran en grupo para limitar el contacto con el mercado ilícito, o de quienes adquieren dosis de aprovisionamiento. Y, que el modelo está basado en la presunción de culpabilidad de tráfico en casos de consumidores que poseen cantidades superiores al umbral, lo cual viola el principio de presunción de inocencia y se traduce en la práctica a la criminalización de los consumidores, tal como se ha manifestado en algunos casos judiciales de Ecuador.

Por estos factores es importante que por encima de las cantidades establecidas en los umbrales los funcionarios judiciales en todo caso tengan que probar que el porte está vinculado a una actividad de tráfico (no era para consumo). En este sentido, es clave que jueces y fiscales tengan en cuenta las circunstancias del caso, de la persona involucrada, las circunstancias de su detención y otros factores relevantes, cuando se trata de porte de sustancias superiores a la dosis personal. Y a la vez, que por debajo del máximo los consumidores estén a salvo de la extorsión policial.

Conclusión 14

La propuesta de las cortes de drogas se presenta como una alternativa al encarcelamiento y como un mecanismo alternativo de resolución del proceso penal. No obstante, preocupa que esta propuesta sea percibida como una respuesta sanitaria, cuando sus componentes siguen siendo de naturaleza penal y puede reproducir todos los problemas del sistema penal frente al consumo. También es importante reconocer que mientras el modelo de cortes de drogas de los Estados Unidos se está replicando en América Latina y el Caribe, en realidad estos tribunales tienen características diferentes en cada países; tratándose de un modelo complejo con distintas características en cada país.

En el modelo de cortes de drogas en los Estados Unidos, a las personas detenidas por el uso de drogas o delitos menores no-violentos se les ofrece la posibilidad de entrar en un programa de tratamiento como alternativa a seguir con el proceso penal. Si termina exitosamente el programa de tratamiento, la pena podría ser reducida significativamente o

compurgada. En caso de incumplimiento con el programa de tratamiento, el proceso penal continúa. Aunque quienes apoyan esta medida afirman que estas personas tienen la opción de decidir qué camino seguir, el hecho que la alternativa es la cárcel revela que al final estas cortes son una forma de tratamiento obligatorio (o semi-obligatorio). Además, si una persona no cumple con los requisitos del programa del tratamiento, termina pasando más tiempo en el sistema penal del que habría estado si el caso hubiera seguido el proceso ordinario.

Estudios sobre la implementación de cortes de drogas en Estados Unidos, muestran que el programa ha aumentado el volumen de personas que ingresan al Sistema penal. Eso, debido a que las cortes de drogas a menudo procesan a personas que el sistema ordinario hubiera procesado. Por tanto, su presentación como modelo alternativo es cuestionable especialmente en América Latina, donde está prevista su implementación.

En el caso de América Latina la implementación de este modelo es preocupante porque depende de presupuestos y recursos suficientes para su implementación, de instituciones judiciales y de salud capaces de implementarlas y, más que todo, de la posibilidad de garantizar el acceso a tratamientos adecuado y basados en evidencia empírica (que como se señaló actualmente no existe). Dada esta realidad, parece más racional que los países de la región exploren otras alternativas a la privación de libertad y, más importante aún, reformar sus leyes de drogas para reducir el número de personas encarceladas por posesión simple o por delitos de drogas menores no violentos.

A pesar de las serias limitaciones del modelo mismo y para su implementación en América Latina, el gobierno de los Estados Unidos y la Comisión Inter-Americana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos empujan fuertemente el establecimiento de cortes de drogas que ya existen o están por comenzar en por lo menos 14 países de la región. Hay algunas variaciones. Por ejemplo en México, han implementado Tribunales para el Tratamiento de Adicciones. En este caso, el modelo incluye drogas lícitas e ilícitas y parecen estar más orientados a personas que cometen delitos por primera vez bajo la influencia de drogas o alcohol. Como es el caso en los Estados Unidos, si no termina con éxito el programa de tratamiento, reanuda el juicio penal.

RECOMENDACIONES

1. Los usuarios o consumidores de sustancias de uso ilícito deben ser reconocidos como sujetos de derechos. Estos incluyen, entre otros, el derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad; derecho a la no discriminación; derecho a la salud; y derecho al debido proceso.
2. El consumo es un tema social y de salud que requiere políticas públicas no represivas. El derecho penal nunca debe ser empleado en casos de consumo y posesión simple o como excusa para proteger la salud. Por lo tanto, debe hacer efectiva -- ya sea cambiando la letra de la ley penal y/o corrigiendo práctica de las agencias de la aplicación de la ley y judiciales -- la descriminalización del porte o tenencia para el consumo de drogas y el auto-cultivo.
3. Los Estados deben reorientar las prioridades de sus políticas de drogas, poniendo mucho más énfasis en la demanda, y haciéndolo a través de servicios de salud y programas de educación.
4. Los Estados deben establecer e implementar políticas públicas sociales y de salud inclusivas, basadas en evidencia científica y respetando los derechos humanos, a través del aumento presupuestario, ofrecimiento de servicios públicos accesibles y de buena calidad, capacidad de monitoreo y evaluación periódica del cumplimiento de las políticas y de sus resultados.
5. Las políticas de drogas no deben estar basadas en prejuicios ni estereotipos, sino en información científica y confiable. En este sentido, los Estados deben hacer mayores esfuerzos en el proceso de identificación, recolección, sistematización, y difusión de información relevante sobre los tipos de uso, usuarios, oferta de servicios, proceso de producción y distribución de sustancias.
6. Además, los Estados debe brindar información a los usuarios sobre los potenciales daños del consumo de drogas legales e ilegales, medidas para mitigar los riesgos de su uso, y sobre los tratamientos disponibles en el caso de requerirlos.

7. Las políticas de drogas, incluyendo programas de educación y prevención, deben distinguir entre distintas formas de consumo –consumo no frecuente no problemático, consumo frecuente problemático, consumo frecuente no problemático y consumo no frecuente y problemático– y las diferencias en las sustancias mismas. Además deben reconocer que no todo uso de drogas es problemático ni implica una dependencia que justifica la intervención del estado.

8. La iniciativa de Uruguay de creación mercados legales y regulados de cannabis merece apoyo internacional y regional. Se deben promover iniciativas similares, incluyendo clubes de cannabis, en otros países o locales (como existe en los estados de Colorado y Washington en los Estados Unidos).

9. Los Estados deben elaborar e implementar programas de tratamiento y rehabilitación basados en evidencia científica y con enfoques en reducción de daños para mitigar las consecuencias negativas y riesgos que puedan ser derivados del consumo de drogas.

10. Los Estados deben fiscalizar la aplicación de cualquier tipo de tratamientos y rehabilitación por parte del sector privado. Centros terapéuticos que enfatizan el aislamiento o el trabajo forzado o no remunerado deben ser remplazados por programas basados en evidencia científica.

11. El Estado, como regla, no puede forzar tratamientos. En casos extremos donde la internación pueda ser recomendable, la intervención del Estado debe basarse en dos principios: el consentimiento informado, y la internación como último recurso, observando siempre de forma estricta, las garantías individuales.

12. Con respecto a los umbrales, lo recomendable es usar los umbrales para fijar cantidades mínimas por debajo de las cuales nunca se puede tener a una persona como comerciante y que a la vez no se entienda que por encima de dichas cantidades las personas pueden ser sancionadas por distribución y tráfico, pues en todo caso es el Estado el que debe probar que tenían la intención de vender o distribuir. Los umbrales, además, deben estar fijados en atención a las prácticas de los consumidores y no arbitrariamente, asegurando siempre la protección de consumidores.

13. Las cortes de drogas son una repuesta penal y no socio-sanitaria, aunque en su promoción lo presentan como alternativa al encarcelamiento. En América Latina, en vez de replicar el modelo de cortes de drogas de los Estados Unidos, los países de la región deben explorar otras alternativas a la privación de libertad y la descriminalización de posesión para uso personal para reducir el número de personas encarceladas por posesión, consumo u otros delitos de drogas menores no violentos.

SOBRE LOS AUTORES Y COLABORADORES

Pien Metaal

Pien Metaal es investigadora y coordinadora del proyecto sobre América Latina, parte del programa de Drogas y Democracia del Transnational Institute (TNI). Tiene una Maestría en Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad de Amsterdam. Es parte del equipo de D&D desde el 2002, aunque su participación con el programa comenzó ya antes.

Alejandro Corda

Raúl Alejandro Corda es abogado de la Universidad de Buenos Aires (UBA) desde 1998. También es docente e investigador de la UBA. Trabaja en el Poder Judicial de la Nación desde 1993, siendo desde 2001 Secretario de Juzgado en el Fuero Penal Federal. Es integrante de Intercambios Asociación Civil, una ONG argentina con trayectoria en el tema de las políticas de drogas.

Araceli Galante

Trabajadora Social y doctoranda en Ciencias Sociales por la UBA. Es docente en la materia Trabajo de Investigación/Sistematización Final de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Es investigadora de la Asociación Civil Intercambios, desde 2006. Es autora de artículos y capítulos de libros en publicaciones nacionales e internacionales.

Diana Rossi

Trabajadora social y Especialista en problemáticas sociales infanto juveniles, Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Área de Investigación de Intercambios. Investigadora y docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires desde 1988. Miembro fundadora de la Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD). Miembro del Consorcio Argentino del Proyecto Internacional Fogarty Mount Sinai School of Medicine/New York State/Argentina, National Institutes of Health, Estados Unidos de Norteamérica. Integrante del Comité Editorial de la Revista The International Journal of Drug Policy.

Gloria Rose Marie de Achá

Abogada boliviana, miembro de la Asamblea Permanente para los Derechos Humanos y de la asociación Acción Andina. Lleva más de 15 años trabajando en temas de políticas antidrogas, políticas de seguridad ciudadana, derechos humanos y derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Luciana Boiteux

Licenciada en Derecho y Maestra en Derecho de la Ciudad por la Universidad del Estado de Rio de Janeiro. Doctora en Derecho Penal por la Universidad de São Paulo, y desde 2007 profesora de Derecho Penal en la Facultad de Derecho de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, es coordinadora del Grupo de Investigación Política de Drogas y Derechos Humanos de la misma universidad.

João Pedro Chaves

Abogado penalista, doctor en Estudios de la Lenguaje y maestro en Derecho Constitucional y Teoría del Estado por la Universidad PUC de Rio de Janeiro. Profesor de Derecho Procesal Penal en la Universidad Federal de Niteroi (UFF), En Rio de Janeiro. También es colaborador en la ONG-Centro Brasileño para las Políticas de Drogas, Psicotropicus.

Rodrigo Uprimny

Abogado, colombiano y doctor en Economía Política por la Universidad de Amiens Picardie, con un DSU (magister) en “Sociología Jurídica” por la Universidad de París II y un DEA (magister) en “Socioeconomía del desarrollo” por la Universidad de París I (IEDES). Actualmente se desempeña como director del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia), y como profesor de Derecho Constitucional, Derechos Humanos y Teoría del Estado en la Universidad Nacional de Colombia.

Diana Esther Guzmán

Abogada, especialista en Derecho Constitucional y magister en Derecho de la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente se desempeña como investigadora principal de DeJusticia en donde coordina el área de género y trabaja en temas de políticas de drogas. Además, es profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia.

Jorge Alberto Parra

Abogado especialista en Derecho Constitucional de la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente se desempeña como investigador asistente del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad –Dejusticia-, en donde trabaja temas relacionados con políticas de drogas.

Carolina Bernal

Abogada de la Universidad de EAFIT, con estudios de especialización en Economía de la Universidad Javeriana. Fue investigadora del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad –Dejusticia- y actualmente trabaja en la Fiscalía General de la Nación.

Jorge Vicente Paladines

Abogado por la Universidad de Guayaquil; Máster en Derecho Constitucional por la Universidad Andina "Simón Bolívar" (UASB); Máster en Ciencia Política por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); posgrado en Ciencias Penales y Dogmática Penal Alemana por la Georg August Universität-Göttingen; y, Doctor en Derecho Penal por la Universidad San Carlos de Guatemala. Es profesor investigador de Criminología Crítica y Política Criminal por la UASB. En la actualidad es Asesor de la Defensoría Pública.

Catalina Pérez Correa

Profesora e Investigadora de la División de Estudios Jurídicos del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE, México). Maestra y Doctora en Derecho por la Escuela de Derecho de la Universidad de Stanford en California. Estudia temas como la procuración de justicia en México, el funcionamiento del sistema de justicia penal, la política de drogas en América Latina, la observancia de normas sociales y legales, y el castigo penal y sus efectos.

Karen Silva

Egresada de la Licenciatura en Derecho de Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente se desempeña como Coordinadora de Desarrollo Institucional del Programa de Política de Drogas del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE, México), en donde también realiza investigación relacionada principalmente con política de drogas y sistema penal.

Ricardo Soberón

Abogado peruano, con M.A en Política Internacional en el Departamento de Estudios para la Paz de la Universidad de Bradford en Inglaterra. Lleva veinte años siguiendo y analizando las dinámicas del fenómeno de las drogas y el narcotráfico en América Latina. Ha vivido cuatro años en Colombia trabajando las dinámicas en las fronteras de ese país. Ha sido Presidente Ejecutivo de DEVIDA, ente rector peruano en materia de políticas de drogas. Actualmente, es Director del Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos.

Gianella Bardazano

Abogada. Maestranda en Filosofía Contemporánea. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores. Profesora Adjunta de Filosofía del Derecho y Teoría General del Derecho en la Facultad de Derecho de la Universidad de la República (Uruguay). Miembro del Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR).

Coletta Youngers

Es experta en política internacional de drogas y en acontecimientos relacionados a políticas de drogas en América Latina. Ella ha trabajado durante más de 20 años para la Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA) en temas de derechos humanos y acontecimientos políticos en la región andina al igual que en temas relacionados a la política exterior estadounidense hacia la región de los Andes. Actualmente, es Asesora Principal y consultora de WOLA para un proyecto de reformas en las políticas de drogas y trabaja como consultora independiente y es representante para El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC por sus siglas en inglés).

Kristel Mucino

Kristel Mucino Kristel Mucino es coordinadora de comunicaciones del Proyecto de Reforma a las Leyes de Drogas del TNI y WOLA. Ha sido consultora de relaciones públicas de diversas organizaciones de derechos humanos y agencias publicitarias. Ha sido reportera de la cadena de televisión hispanica v-Me para la cual cubrió la Asamblea General de la ONU en 2008 y las elecciones presidenciales estadounidenses. Es diplomada del Boston University College of Communications y de Columbia University Graduate School of Journalism, en donde recibió la Beca Maria Moors Cabot.

CEDD
Colectivo de Estudios Drogas y Derecho