

# AMÉRICA LATINA DEBATE SOBRE DROGAS

I y II Conferencias Latinoamericanas  
sobre Políticas de Drogas



**intercambios**

Asociación civil para el estudio y atención  
de problemas relacionados con las drogas



*Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales*

# **AMÉRICA LATINA DEBATE SOBRE DROGAS**

**I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS  
SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS**



# AMÉRICA LATINA DEBATE SOBRE DROGAS

I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS  
SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

■ **Graciela Touzé y Paula Goltzman**  
COMPILADORAS



**intercambios**

Asociación civil para el estudio y atención  
de problemas relacionados con las drogas



*Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales*

Touzé, Graciela Dora

América Latina debate sobre drogas : I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas / Graciela Dora Touzé y Paula Marcela Goltzman. - 1a ed.  
- Buenos Aires : Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2011.

350 p. ; 24x16 cm.

ISBN 978-987-98893-8-1

1. Salud Pública. 2. Drogas. I. Goltzman, Paula Marcela.

CDD 362.1

Fecha de catalogación: 15/08/2011

Autor: Graciela Touzé y Paula Goltzman (compiladoras)

Edición técnica: Silvina García Guevara

Diseño gráfico y diagramación: Diego Bennett

Diseño de tapa: Javier Basevich

Intercambios Asociación Civil

Corrientes 2548 2º D (1046) Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Marcelo T. de Alvear 2230 (1122), Ciudad de Buenos Aires, Argentina

ISBN: 978-987-98893-8-1

Primera edición

500 ejemplares impresos

© Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales,

Universidad de Buenos Aires

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Libro de edición argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Los contenidos de las presentaciones incluidas en esta publicación son de exclusiva responsabilidad de los autores.

## ■ Agradecimientos

A todos los autores de las ponencias reunidas en esta publicación, por sus inestimables aportes y su disposición al debate.

A los integrantes de los comités científicos de la I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas: Alberto Calabrese, Horacio Cattani, María Felicitas Elías, Silvia Faraone, Diana Rossi, Mercedes Weissenbacher y Eugenio Raúl Zaffaroni (Argentina); Francisco I. Pinkusfeld Bastos y Waleska Teixeira Caiaffa (Brasil); Guillermo Castaño y Francisco Thoumi (Colombia); Martin Hopenhayn (Chile); Eduardo Menéndez (México) y Lola Aniyar de Castro (Venezuela), por su acompañamiento y consejo.

A los integrantes de los comités organizadores de la I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas: Pablo Cymerman, Alejandro Corda, Paula Goltzman, María Pía Pawlowicz, Eleonora Pfister, Graciela Touzé, Marcelo Vila y Marcela Vitarelli Batista (Intercambios Asociación Civil-Argentina); Vera Da Ros, Maíra Fernandes, Luiz Paulo Guanabara y João Pedro Padua (Psicotropicus, Centro Brasileño de Políticas de Drogas, Brasil), por su permanente compromiso.

A todas las instituciones que apoyaron la realización de la I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas:

La Fundación Open Society Institute (FOSI), que colaboró financieramente con la organización de las I y II Conferencias.

El Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Argentina, y la Iniciativa Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, que colaboraron financieramente con la organización de la I Conferencia.

Las embajadas Británica y del Reino de los Países Bajos en Argentina, que colaboraron financieramente con la organización de la I Conferencia.

El British Foreign and Commonwealth Office, que colaboró financieramente con la organización de la II Conferencia.

Viva Rio, que colaboró financieramente con la organización de la II Conferencia.

La Comisión de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina, que cedió su Salón Auditorio.

La Universidad Federal de Río de Janeiro, que cedió su Salón Noble de la Facultad Nacional de Derecho.

El Departamento de ETS, Sida y Hepatitis Virales, y la Coordinación Nacional de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas, del Ministerio de Salud de Brasil, que apoyaron la asistencia de participantes.

A todas las instituciones que otorgaron su auspicio o adhesión a las I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas:

Jefatura del Gabinete de Ministros de la Nación Argentina; ministerios de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos; del Interior; de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto; de Salud y de Desarrollo Social de la Nación Argentina; Procuración General de la Nación Argentina, Ministerio Público Fiscal; Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación; Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR); Secretaría de Derechos Humanos de la Nación Argentina; Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo; Subsecretaría de Servicios de Salud, Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA); Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Asociación de Fiscales y Funcionarios Nacionales (AFFUN); Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento de abuso de drogas (FONGA); Fundación de Estudios para la Justicia (FUNDEJUS).

Asociación Internacional de Reducción de Daños (IHRA); Transnational Institute (TNI).

A Eleonora Pfister, Candela Santoni, Sabina Ruiz Díaz, Sarah Nissen, Elizabeth Passannante y Paula Santana, que colaboraron en la desgrabación y traducción de las presentaciones.

# ■ Índice

## ■ Introducción

<i>Graciela Touzé y Paula Goltzman</i> .....	11
--	----

## ■ Hacia un cambio de paradigma

Presentación	
<i>Diana Rossi</i> .....	15
Drogas, otra vez, por la memoria. De la subjetividad histórica a la subjetividad construida	
<i>Lolita Aniyar de Castro</i> .....	17
Discutir nuevos paradigmas y consensos políticos regionales	
<i>Aníbal Fernández</i> .....	27
Diagnóstico global y oportunidades para gestar un nuevo paradigma en la cuestión de las drogas	
<i>Juan Gabriel Tokatlian</i> .....	31
De la guerra a las drogas a la descolonización de la lucha contra el narcotráfico	
<i>Froilán Castillo Siles</i> .....	39
El ocultamiento de las propiedades de la hoja de coca	
<i>Reynaldo Molina Salvatierra</i> .....	45
El sistema penal debe devolver al sistema de salud lo que le es propio	
<i>Eugenio Raúl Zaffaroni</i> .....	49
Drogas. Yo cambié de opinión	
<i>Jorge Da Silva</i> .....	55

## ■ Reformas legislativas en América Latina

Presentación	
<i>R. Alejandro Corda</i> .....	59
¿Es posible la armonización legislativa en materia de drogas en América Latina?	
<i>Mónica Cuñarro</i> .....	61
Los desafíos de legislar en materia de drogas	
<i>Graciela Giannettasio</i> .....	67
Hacia una política democrática de drogas. Propuesta de modificación de la ley de drogas en Brasil	
<i>Paulo Teixeira</i> .....	71
Reforma del tratamiento de las drogas ilegales en Ecuador	
<i>Michelle Artieda</i> .....	75
Reforma integral de la ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el Ecuador	
<i>Freddy Antonio Pavón Vásquez</i> .....	79



Legislación, jurisdicción y política institucional sobre droga. Apuntes sobre la situación en Uruguay	
<i>Jorge Ruibal Pino</i> .....	85

## ■ Por una política de salud y derechos humanos

Presentación	
<i>María Pía Pawlowicz</i> .....	89
Salud mental, trazas de historias y recuperación de sentidos	
<i>Vicente Galli</i> .....	91
Derecho penal, derechos humanos y políticas de drogas	
<i>Pedro Vieira Abramovay</i> .....	97
De la construcción de sujetos y una nueva ética en la gestión de políticas de salud	
<i>Débora Ferrandini</i> .....	101
Desafíos y obstáculos en la construcción de la respuesta del Brasil	
<i>Pedro Gabriel Godinho Delgado</i> .....	107
Reduccionismo genético y pseudociencia	
<i>Víctor B. Penchaszadeh</i> .....	113
Atención integral a los usuarios de drogas: organización de usuarios y reducción de daños	
<i>Luiz Paulo Guanabara</i> .....	117
La posición del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo de Argentina frente a la problemática de drogas	
<i>Claudio Morgado</i> .....	121
Un paso adelante en los desafíos sobre políticas de drogas	
<i>Domiciano Siqueira</i> .....	125

## ■ Experiencias de atención a usuarios de drogas en América Latina

Presentación	
<i>Araceli Galante</i> .....	129
Proximidad: una noción clave para la atención de usuarios de drogas	
<i>Tarcísio Matos de Andrade</i> .....	131
La atención integral de los usuarios de drogas. Avances en Colombia	
<i>Inés Elvira Mejía Motta</i> .....	137
La atención integral... Integrar la atención	
<i>Manuel Fresco</i> .....	143
Atención integral de las personas que usan alcohol y otras drogas en Brasil	
<i>Denise Serafim</i> .....	149
Atención de usuarios de drogas. La experiencia del Portal Amarillo	
<i>Susana Grunbaum</i> .....	153
Chile y la atención de los usuarios de drogas. Un trabajo junto a ellos	
<i>Mauricio Zorondo</i> .....	159

Usuarios de drogas y VIH/sida. Análisis de redes sociales y de sobrevida <i>Mónica Malta</i> .....	163
---	-----

## ■ Consecuencias de la guerra contra las drogas

Presentación	
<i>Gonzalo Ralón</i> .....	169
Por qué las drogas no son la causa de las consecuencias que se les atribuyen y por qué las causas se encuentran en las estructuras y las instituciones (normas) sociales	
<i>Francisco E. Thoumi</i> .....	171
El fracaso de la guerra contra las drogas	
<i>Juan Carlos Hidalgo</i> .....	181
Una mirada crítica al supuesto éxito del Plan Colombia	
<i>Ricardo Vargas Meza</i> .....	189
Eradicación de coca y políticas de drogas en el Perú: anatomía de un fracaso anunciado	
<i>Hugo Cabieses</i> .....	199
Productores de coca tradicional y la guerra contra las drogas	
<i>Dionicio Núñez Tangara</i> .....	217
Drogas ilegales, traficantes y política	
<i>Luis Astorga</i> .....	223
Consecuencias de la llamada “guerra a las drogas”	
<i>Patricia Llerena</i> .....	229
Cárceles y drogas en América Latina. Resultados de un estudio regional	
<i>Pien Metaal</i> .....	235
Tráfico y Constitución: un estudio jurídico-social sobre el artículo 33 de la Ley de Drogas brasileña y su aplicación por los jueces de Río de Janeiro y Brasilia	
<i>Luciana Boiteux</i> .....	239
Brechas y reflexiones sobre las adicciones en lugares de encierro	
<i>Martín Vázquez Acuña</i> .....	247

## ■ Voces de la sociedad civil

Presentación	
<i>Eva Amorín</i> .....	253
Entre excitación y torpeza: sociedad civil y política de drogas	
<i>Joao Pedro Padua</i> .....	255
Organizaciones de la sociedad civil en América Latina: alcances, límites y desafíos en los procesos de incidencia en políticas de drogas	
<i>Ángela Tello</i> .....	263
Sexo, drogas y rock & roll: política de drogas y jóvenes en América Latina	
<i>Aram Barra</i> .....	271
Un camino hacia la construcción de políticas concertadas	
<i>Graciela Touzé</i> .....	277

El papel del mediador	
<i>Andrea Domínguez Duque</i> .....	281
Una herramienta para la incidencia política	
<i>Ann Fordham</i> .....	287

## ■ La perspectiva de los organismos multilaterales

Presentación	
<i>Agostina Chiodi</i> .....	293
El usuario de drogas en la agenda de los organismos multilaterales	
<i>Bo Mathiesen</i> .....	295
Los usuarios de drogas en la agenda del Programa Conjunto de la ONU para el VIH/sida	
<i>Pedro Chequer</i> .....	301
VIH y uso de drogas: prevención y atención integral para usuarios	
<i>Marcelo Vila</i> .....	309
Respuesta del PNUD al sida. De la vulnerabilidad a la resiliencia	
<i>David Ruiz Villafranca</i> .....	317
Respuesta global al VIH, derechos humanos y usuarios de drogas	
<i>Javier Hourcade Bellocq</i> .....	323

## ■ Apuntes del contexto internacional

Presentación	
<i>Pablo Cymerman</i> .....	329
Panorama internacional de reformas de políticas de drogas: aperturas y desafíos para el futuro	
<i>Martin Jelsma</i> .....	331
La política de drogas mundial en 2010	
<i>Kasia Malinowska-Sempruch</i> .....	345
La política portuguesa en materia de drogas y sus resultados	
<i>Manuel Cardoso</i> .....	355
Buenas y malas noticias en el debate sobre drogas	
<i>Ethan Nadelmann</i> .....	361

## ■ Introducción

En 2003, desde la Asociación Intercambios decidimos que en nuestro país, Argentina, era necesario inaugurar un foro para discutir acerca de las políticas en materia de drogas, teniendo en cuenta las transformaciones en el contexto, el efecto de las políticas implementadas y la crisis de algunos paradigmas de intervención en el tema.

Convencidos de que sólo la diversidad y la articulación de actores sociales nos permitiría hallar respuestas más pertinentes y humanitarias, convocamos a un debate a decisores políticos, académicos y representantes de la sociedad civil. Rápidamente, este comenzó a mostrar la necesidad de encontrar nuevas formas de regulación al problema de las drogas y de incorporar la perspectiva de los derechos humanos.

En los años subsiguientes se sucedieron las Conferencias Nacionales, y en cada una de ellas la presencia de participantes de países hermanos de Latinoamérica y otras regiones nos fue mostrando el interés y la necesidad de establecer un mecanismo de encuentro y diálogo que permitiera poner en escena las diversas realidades y experiencias de nuestra América Latina.

Fue así que, en 2009, consideramos oportuno organizar en la ciudad de Buenos Aires, la I Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas, con la intención de promover una acción planificada y coordinada en la región, que represente una posición más adecuada a las necesidades y prácticas culturales de nuestras poblaciones. Así echó a andar la idea: tener un espacio anual de reunión para profundizar estos debates y establecer alianzas estratégicas de trabajo y cooperación. Y al mismo tiempo, ir replicando estos foros en los distintos países de la región.

Este sueño de una iniciativa regional se concretó nuevamente en 2010, cuando junto con Psicotropicus, Centro Brasileño de Políticas de Drogas, co-organizamos en Río de Janeiro la II Conferencia Latinoamericana, que fue otro hito de lo que esperamos sea un largo camino por recorrer.

Dos encuentros, 2009 en Buenos Aires y 2010 en Río de Janeiro, y los mismos objetivos:

- Propiciar un debate social informado con miras a impulsar políticas no punitivas, fundadas en evidencia científica, que respondan y atiendan los diversos problemas asociados con las drogas; y
- Generar un intercambio a nivel regional entre académicos, decisores políticos y sociedad civil, a fin de mantener actualizado el mapa sobre el consumo de drogas, problemas asociados, políticas e intervenciones en la región.

Sabemos que las políticas de control de las drogas expresan tensiones, contradicciones y conflictos acerca de la manera de regular su producción y consumo. En el contexto latinoamericano –definido por la desigualdad social, las disparidades de ingresos y la pobreza producidas por una cada vez mayor concentración de la riqueza–, la vulnerabilidad de los usuarios de drogas se vincula además con el encarcelamiento frecuente, la violencia, la estigmatización y la falta de acceso a los recursos sociales y de salud. Factores de orden social, cultural, económico y político afectan el acceso de los usuarios de drogas al tratamiento de los consumos problemáticos, a los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, al cuidado general de la salud y a otros servicios sociales de asistencia y educativos.

Las políticas de control que la región lleva adelante incluyen distintas medidas, como la erradicación de los cultivos de hoja de coca, la detención y el castigo de, en la mayoría de los casos, los eslabones más débiles en la cadena del tráfico, y la interceptación de cargamentos de drogas ilícitas. Hay muchas evidencias que sugieren que estos esfuerzos han tenido escaso impacto en la reducción de la oferta en el hemisferio y, por el contrario, han generado inestabilidad social y política en algunas áreas, con consecuencias indeseadas, como el aislamiento y encarcelamiento desproporcionado de usuarios de drogas y “mulas”, la persecución y el empobrecimiento de poblaciones campesinas sometidas a la erradicación forzada de cultivos sin alternativas sustentables, la violencia social y la violación de derechos humanos básicos.

Hasta ahora, la mayoría de las leyes de drogas en América Latina se han centrado en el castigo de los usuarios de drogas, en tanto que las políticas de reducción de daños permanecen en estadios iniciales de desarrollo en muchos países. No obstante, han surgido diferentes iniciativas que han dado como resultado cambios en las legislaciones y en las prácticas, con el desarrollo de propuestas más inclusivas e integrales para mejorar la atención de los problemas vinculados con las drogas. No es un dato menor el hecho de que, en algunos casos –como el uso de las hojas de coca, la proporcionalidad de las penas y la desincriminación de la posesión de drogas para consumo personal–, estas reformas hayan generado tensiones a nivel internacional.

En este sentido, cabe recordar que en marzo de 2009, la comunidad internacional concluyó un período de reflexión sobre el alcance de las metas propuestas en 1998 por la ONU durante la Sesión Especial sobre drogas de su Asamblea General. Si bien los resultados de esa evaluación y la declaración política y el plan de acción que se aprobaron distan de las expectativas que muchos teníamos, no podemos dejar de reconocer resultados positivos, como las referencias a los derechos humanos o a la necesaria disponibilidad de sustancias controladas para fines médicos, entre otros.

América Latina fue partícipe activa de ese proceso y mostró, en las posiciones de los países que la integran, contradicciones en temas clave, como el desarrollo alternativo y la reducción de daños. Por ello, insistimos en la

conveniencia de multiplicar los foros regionales que contribuyan a fortalecer una postura acorde con nuestras necesidades e intereses, y respetuosa de la riqueza de nuestra diversidad cultural.

Este es el sentido de esta publicación, producto del esfuerzo conjunto de Intercambios Asociación Civil y el proyecto de investigación UBACyT SO44 “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas” con sede en la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. El libro reúne las ponencias presentadas en la I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Las presentaciones fueron especialmente preparadas por los panelistas o tomadas de las grabaciones de sus exposiciones, y han sido organizadas por ejes temáticos.

En primer lugar, convencidos de que el prohibicionismo a ultranza está agotado, varios autores coinciden desde diversas miradas en una necesidad y una certeza común: el cambio de paradigma en las políticas de drogas. Luego, legisladores, magistrados y funcionarios de justicia revisan los marcos normativos, y avanzan sobre propuestas de reformas legislativas en varios países de la región. Los alcances y desafíos de una política de salud y derechos humanos son abordados por funcionarios, investigadores y representantes del colectivo de usuarios de drogas, que destacan los avances tendientes a evitar la persecución penal y la discriminación de las personas que usan drogas, señalan el protagonismo que deben tener las políticas sociales y sanitarias, y revelan la brecha aún existente entre los discursos innovadores y respetuosos de los derechos humanos, y la efectiva implementación de políticas en materia de drogas. Desde la academia, el ámbito gubernamental y la sociedad civil, se presentan experiencias de atención a usuarios de drogas que nos muestran un panorama heterogéneo pero con problemas comunes que es necesario enfrentar. Las consecuencias de la guerra contra las drogas son analizadas en sus múltiples vertientes: cárceles atestadas, lavado de dinero, aumento de la pobreza e inseguridad de poblaciones campesinas por la erradicación forzada de cultivos, problemas ambientales y de salud debidos a fumigaciones aéreas, inestabilidad política, corrupción y violencia, entre otras; los autores coinciden en su crítica a la matriz belicista de las políticas hegemónicas. Llega luego el turno a las voces de la sociedad civil: representantes de diversas organizaciones reflexionan sobre los alcances, las limitaciones y los instrumentos para mejorar las posibilidades que la sociedad civil tiene de incidir en el diseño de las políticas de drogas. La perspectiva de los organismos multilaterales es abordada por sus representantes, quienes concuerdan en orientaciones en el marco de la salud pública y el respeto a los derechos humanos, pero muestran también que la acción de las agencias en América Latina es aún insuficiente y poco sistemática para atender a las poblaciones de usuarios de drogas. Finalmente, un reconocido grupo de expertos internacionales analiza la situación de las políticas de drogas más allá de las fronteras latinoamericanas y observa la situación de nuestra región con una mirada esperanzadora.

Esperamos que este libro contribuya al debate regional y sea una herramienta útil para quienes se encuentran comprometidos con un proyecto de reforma que asegure la reducción del estigma y la criminalización de amplios sectores de nuestras comunidades, el acceso a sistemas extensivos de protección social mediante el incremento de recursos y la reorientación de las prioridades, y la efectiva persecución penal hacia el crimen organizado y la corrupción.

## **Graciela Touzé y Paula Goltzman**

Graciela Touzé es trabajadora social por la Universidad de Buenos Aires y especialista en Ciencias Sociales y Salud por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Presidenta de Intercambios Asociación Civil y co-directora del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Paula Goltzman es trabajadora social por la Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Área de Intervención de Intercambios Asociación Civil e investigadora del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

# HACIA UN CAMBIO DE PARADIGMA

Los diferentes foros internacionales debaten las consecuencias de las tensiones, conflictos y contradicciones en torno a las políticas de control de drogas. Uno de los enfoques predominantes insiste en mantener las políticas prohibicionistas y criminalizadoras en relación con la oferta y la demanda de ciertas sustancias. Esto, aunque ya existe abundante producción científica que da cuenta del sufrimiento individual y social que este enfoque ha provocado en los últimos cincuenta años y, también, evidencias relacionadas con enfoques de mitigación o reducción de daños producidos por estas políticas.

Sin embargo, sigue siendo necesario subrayar y difundir la evidencia que cuestiona el prohibicionismo y la criminalización, a la luz de los escasísimos avances internacionales para modificar el enfoque tradicional. Parte de esa evidencia muestra que la colaboración y organización de los afectados por las políticas de drogas dominantes tiene un papel fundamental en la articulación con partidos políticos, movimientos sociales y organizaciones de base que trabajan para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones. En situaciones como las que producen las cíclicas crisis económicas y políticas internacionales, en las que vastos grupos de ciudadanos pierden derechos a la educación, la salud, la alimentación o la seguridad social, cobra una especial importancia la discusión de enfoques que han privilegiado el castigo y la exclusión social de los más vulnerables a esas pérdidas. Una enorme cantidad de personas, sus familias y sus redes sociales más próximas, son afectadas por la falta de acceso al cuidado y a la atención de los problemas relacionados con las drogas, mientras sigue incrementándose en la mayoría de los países el número de los que reciben castigo penal por su vínculo con ciertas sustancias, con lo cual se profundiza su vulnerabilidad social.

Pocas regiones en el mundo tienen tanta inequidad y desigualdad como América Latina. No obstante, es también una región en la que la brutalidad política empleada contra la población ha sido confrontada por organizaciones sociales que han conseguido construir poder y enraizar maneras de trabajar con los gravísimos traumas sociales producidos. Uno de los ejemplos más ilustrativos es el de las organizaciones de derechos humanos que han confrontado los efectos del terrorismo de Estado en la región. Esas experiencias, junto con las de las organizaciones de los pueblos originarios o de los que luchan por el derecho a la tie-



rra, han tenido también influencia en el desarrollo conceptual y práctico de los grupos que trabajan por el cambio en las políticas de drogas en la región. Este bagaje colectivo es muy útil y necesario para profundizar todos los aspectos de una lucha de décadas para revertir procesos de estigmatización de usuarios de drogas de la región y tender a la construcción de una política de drogas basada en principios de defensa de los derechos humanos fundamentales.

En América Latina, algunos de sus gobiernos y organizaciones de base, y muchos productores campesinos, usuarios de drogas, académicos, activistas y funcionarios han empezado a buscar nuevas maneras de dirimir las tensiones, conflictos y contradicciones de las políticas de control de drogas con el enfoque prohibicionista y criminalizador dominante. Esta asociación de esfuerzos y de actores sociales es crucial para acompañar un proceso que en este período histórico tiende a la integración regional en materia económica, política y cultural. Difícilmente puedan plasmarse reformas nacionales a las políticas de drogas sin la colaboración de los diversos actores de la región.

Esta particular coyuntura histórica, junto con un proceso internacional que tiene años de debate y de organización de acciones colectivas en pos de mejorar la situación de los usuarios de drogas, puede dar lugar a procesos que mejoren efectivamente la situación de los que han sido especialmente dañados por el prohibicionismo y la criminalización. Ya hay algunos interesantes ejemplos en curso en América Latina que han sabido aprovechar otras experiencias exitosas. Asimismo, también hay una larga experiencia con planes muy agresivos, como el Plan Colombia o el Plan Mérida, que no han logrado mejorar los gravísimos problemas de violencia en países como Colombia, México o la región de Centroamérica. Por lo tanto, resultaría muy importante que este debate se integre también en las agendas de organismos regionales, como el Mercosur, la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA) o la Unión Suramericana de Naciones (UNASUR), y que los gobiernos se pronuncien respecto de cambios en las políticas de drogas que generan daño o las que pueden mejorar la situación de la región.

## **Diana Rossi**

Trabajadora social, especialista en Problemáticas Sociales Infanto-Juveniles, por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Coordinadora del Área de Investigación de Intercambios Asociación Civil. Directora del Proyecto UBACyT SO44, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

# DROGAS, OTRA VEZ, POR LA MEMORIA. DE LA SUBJETIVIDAD HISTÓRICA A LA SUBJETIVIDAD CONSTRUIDA

**Lolita Aniyar De Castro**

Doctora en Derecho. Penalista y criminóloga, posgraduada *cum laude* en la Universidad de Roma (Italia) y, con mención especial, en la de París (Francia). Profesora titular emérita de la Universidad del Zulia, en Maracaibo (Venezuela), docente e investigadora de las materias Derecho Penal y Criminología. Dirigió durante 15 años el Instituto de Criminología de la Universidad del Zulia, hoy denominado con su nombre por decisión del Consejo Universitario. Doctora *honoris causa* de la Universidad de Córdoba (Argentina). Cofundadora y coordinadora por 17 años de los grupos Latinoamericano de Criminología Crítica y de Criminología Comparada. Actualmente, integra el Jurado del Premio Internacional Estocolmo en Criminología.

*Yo vivía en un pueblo muy pequeño que solo tenía una calle.  
Entonces vino un gobernador moderno que la puso en una sola dirección.  
Yo me fui y no pude regresar. Porque si lo hacía, cometería una infracción.*

**Facundo Cabral**

## ■ Ríos de tinta, kilos de papel

Casi todo lo que hay que decir sobre las drogas está ya dicho, escrito, publicado y, a entender de muchos de sus autores, suficientemente documentado. Tanto desde la derecha y la izquierda punitivas –que ya muy poco se diferencian–, como de la criminología crítica y humanizadora. Tanto desde el punto de vista de una criminología organizacional –y, en general, beligerante–, como desde la criminología alternativa.

## ■ La subjetividad histórica

Se ha incursionado con amplitud en las motivaciones políticas que en la Europa productora –más bien, industrializadora– de sustancias explícitamente dirigidas a mantener la salud, hizo que se acudiera a las primeras prohibiciones internacionales de algunas sustancias que, coyunturalmente, desde entonces, se llamarían simplemente drogas. Se sabe que estas eran utilizadas, cultural y habitualmente, en otras latitudes. Su consumo era tan antiguo que, por ejemplo, en materia de opio, se remonta al anciano Egipto. Hay referencias de Hesíodo (425 a. de C.) e Hipócrates, para quienes la sustancia tenía fama no solo de ser eficiente medicinalmente, hasta contra la infertilidad, sino que también tendría funciones mágicas.

Es sabido que algunos países europeos, encabezados en su época por Inglaterra y secundados por otros, como Francia, Portugal y Holanda, impulsaron dos guerras en la región asiática –llamadas precisamente Guerras del Opio–, comerciando esa sustancia en el llamado Triángulo de Oro y contrabandeándola a China.

## ■ La subjetividad construida

Mientras tanto, las importantes industrias farmacéuticas de los países centrales, a través de la prohibición de estas sustancias, se preservaron de posibles criminalizaciones, las cuales se redujeron a niveles locales, con la ventaja de tener a su disposición un ambiente jurídico más garantista, más controlable y menos persecutorio, como es el de los códigos penales. Allí encontramos delitos casi nunca localmente perseguidos como los llamados “delitos contra la salud pública”, por ejemplo, la contaminación o el envenenamiento de las aguas; el expendio de medicinas vencidas o en malas condiciones, de fármacos con contraindicaciones que no son explícitamente señaladas o de productos farmacéuticos sin receta médica; lesiones, enfermedades, deformaciones, abortos o muertes por medicamentos que han demostrado capacidad letal o iatrogénica.

Hay una gran diferencia entre una criminalización nacional y la que trasciende las fronteras, ya que esta última cuenta con el concurso de los mecanismos denominados de cooperación internacional y las policías internacionales, generalmente especializadas, así como con la militarización y la verticalización del control.

Claro que hay cultivos legales hoy en día y también consumo permitido: el cultivo legal de opio en el mundo está legislado por la Convención Única sobre Narcóticos de la ONU y otros tratados, y se hace bajo la supervisión individual de cada país productor. El mercado de exportación mundial se reguló a raíz del descubrimiento, en 1930, de una gran red que lo introducía en el mercado negro a partir del cultivo legal.

En cuanto a la coca, pasó de ser un instrumento de explotación y esclavitud a un consumo que se hace en la zona con fines de oxigenación en las alturas del altiplano andino. Y también a ser consumida por las clases medias y altas del primer mundo, mientras su cultivo sigue siendo, con persistencia, una economía de subsistencia para los campesinos bolivianos.

En la actualidad, la tecnología química ha permitido la producción de sustancias nuevas de efectos diversos sobre las funciones cerebrales y físicas en general. La criminalización legal es de una gran amplitud, se trata de los conocidos –y peligrosos para la mirada garantista– tipos penales en blanco, que permiten, paulatinamente, la persecución oficial de los nuevos productos.

La estereotipia ocasionada por los aparatos ideológicos, militares y políticos al servicio de las convenciones internacionales permitió la creación de lo que por algunos fue denominado “el primer enemigo no económico” (aunque también, a la larga, se convirtió en uno de esa calidad).

### ■ La droga contaminante

La criminalización permitió muchas otras cosas políticamente significativas: señalar como peligrosos a países y ciudadanos de países, en general de culturas ajenas, penetrarlos bélicamente por intereses geopolíticos y mantener intacta la imagen de los países centrales como una que sería –por contraste bien definido– positiva, justiciera y representativa de la lucha del bien contra el mal. A la vez, les daría una plataforma para presentarse como la parte ingenuamente victimizada por la agresión salvaje de países no occidentales, o del tercero y cuarto mundos.

### ■ *King Kong* en la selva urbana, o ese nuevo y oscuro objeto del deseo

Las drogas prohibidas (aquellas que no tuvieron el poder de ser excluidas de la criminalización)<sup>1</sup> se convirtieron entonces en el vehículo para construir una especie de imagen de un negro, temido, poderoso, extraño, salvaje –y a la vez deseado– *King Kong* en la sofisticada jungla urbana.

En parte de esos años transcurridos, sobre todo en las décadas de 1960 y 1970, el uso de la droga por parte de las contraculturas se convirtió en el emblema del rechazo al sistema. Rechazo de un mundo obsesionado por el consumismo insaciable (en *Submarino amarillo* hay un personaje que llega a engullirse a sí mismo) y por la destrucción y las guerras (“*All you need is love*”). Aquella batalla –que iba acompañada por el desafío de usar vestimentas rotas o étnicas, y por las luchas estudiantiles y obreras que intentaron poner de manifiesto todo lo que la civilización occidental había escondido– fue derrotada.

“Prohibido prohibir” fue la consigna del denominado “Mayo Francés”. Esa derrota de la libertad, previsible tanto por su marginalidad como por la des-

<sup>1</sup> El trabajo de Becker (1963) sobre cómo se logró preservar de la criminalización a ciertos derivados de la cannabis, gracias a la acción de grupos civiles organizados, demuestra cómo se producen las criminalizaciones y ratifican su teoría de los “empresarios morales”.

igualdad de sus armas, hizo de la droga prohibida una excusa para consolidar la imagen favorable del sistema productivo.

La ensoñación, el retraimiento y el abandono, características de esas contraculturas, separaban a los jóvenes en edad productiva del sagrado binomio producción-consumo. Un desafío inaceptable para el sistema. A ese enemigo cuasi perfecto había que enfrentarlo con todas las armas civiles. Y también militares. Se trata, entonces, de forzarlos a la disciplina y asegurar la contención de la energía juvenil. La legitimación se consolida con la inclusión de un paradigma “médico-sanitario-jurídico”.

“La guerra contra las drogas introduce un elemento religioso y moral. No hay nada más parecido a la inquisición medieval que la actual ‘guerra santa’ contra las drogas, con la figura del ‘traficante-hereje’ que pretende apoderarse del alma de nuestros niños. [...] Esa cruzada exige una acción sin límites, sin restricciones, sin padrones regulativos. La droga se convierte en el gran eje (moral, religioso, político y étnico) de la reconstrucción del enemigo interno, al mismo tiempo que produce excusas para el capitalismo industrial de guerra” (Batista, 1997).<sup>2</sup>

Ese proyecto panpenalista: castigar la preparación, producción, abastecimiento y transporte permitió, como agregado perverso, que se iniciara el uso de mecanismos de control que ya anticipaban la contrarreforma humanística del sistema penal que hoy experimentamos. Por ejemplo: el aumento de las penas y del margen para su fijación, la entrega vigilada, la revisión del secreto bancario, la justicia negociada, la satanización de la Justicia denominada narco-complaciente y la construcción de enemigos internos a los que no se les conceden los derechos mal denominados “beneficios” procesales.

La bibliografía de la criminología alternativa en esta materia es abundante y exhaustiva.

### ■ **La Bella Durmiente**

Igualmente, el debate entre la criminalización y la descriminalización de las drogas ha hecho correr mucha tinta. Quisiera resumirlo en la expresión de Louk Hulsman, quien comparaba a la droga con una bella durmiente que se despertaba convertida en bruja por los efectos de la criminalización. Es decir, por su conversión en objeto raro, y por lo tanto en mercancía escasa y cara. Bastaría señalar en apoyo a las tesis abolicionistas –que devolverían a esas sustancias su condición original de instrumento ritual o cultural, y de bajo costo– la propuesta de un premio Nobel de Economía, Theodore William Schultz, quien propugnaba su descriminalización, precisamente como consecuencia de sus estudios sobre el mercado.

Algunas tesis basadas en el marco explicativo sociocultural han intentado explicar el tipo de organización que estaría detrás del negocio de la prohibición, al menos la italiana: en algunos trabajos nuestros<sup>3</sup> acotamos que la mafia siciliana sería el producto de la resistencia política de una isla asediada por múltiples invasiones extranjeras sucesivas (griegos, cartagineses, francos, sarracenos, normandos, angevinos y aragoneses, godos, bizantinos), resistencia que se unificaría en torno de la protección de la cultura de origen. Y que eso explicaría los conceptos de “familia”, “padrino”, “*cosa nostra*” y “silencio u *omertá*”.

Trabajos importantes de carácter antropológico, que perciben el signo cultural de estos movimientos a través de la conducta impuesta a las esposas de los capo-mafia –las cuales deben mantener una suerte de estricto duelo de viudas con capacidad de mando cuando aquellos estuvieren detenidos– parecerían acentuar una hipótesis que pudiera ser inaceptablemente legitimante. Por otra parte, el asociar el fenómeno mafia a una “familia”, en el sentido original de la “familia siciliana”, sirve también para explicarlo como una forma de conspiración “extranjera”.

El mundo de las drogas ha permitido, inclusive, hasta la construcción de un santo “narco”, con poderes presuntamente protectores, como es el Jesús Malverde del Cartel de Sinaloa.

Sin embargo, el fenómeno droga es un asunto solo de negocios y como tal debe analizarse. Negocios de todo tipo, insertos en la práctica de la corrupción política y policial, que van desde las construcciones inmobiliarias y de obras públicas en general, pasando por la compra de poder y de conciencias cómplices, hasta el espacio de cualquier mercancía ilegalizada y de cualquier perversión –producida o aprovechada– de las economías nacionales. Fuera de Italia, ningún movimiento asociado a drogas tiene ese carácter “familiar”, salvo los que específicamente se han autodenominado así (“familia”), tal vez para hacer un llamado subliminal a la fidelidad del grupo, como es el caso del Cartel de Michoacán.

## ■ Los contradictorios productos de la criminalización

### ■ Producto 1: ríos de sangre

Los datos de la realidad demuestran que el principal producto de esa criminalización han sido el crecimiento desmesurado de la violencia, las luchas sangrientas por el control de los mercados y también del poder político; la corrupción, la organización criminal y hasta el debilitamiento de las soberanías estatales que, en muchos casos, no tienen más potencial económico ni instrumental que el negocio cada vez más floreciente de la droga. “En 2008, más de 5.000 personas murieron en México en episodios de violencia vinculados

<sup>3</sup> Véase Aniyar de Castro (2003) y su participación en el libro colectivo *Maffia Che Fare, Actas del Congreso de Palermo* (1992: 533), realizado en homenaje al asesinado Juez Falcone.

a la droga y a su represión”, indica Cuauhtémoc Medina (2009: 44), curador del Pabellón de México en la Bienal de Venecia, donde Teresa Margolles expone su instalación bajo la sombría bandera de un trozo de tela empapada en sangre coagulada de esos muertos, símbolo de este nuevo arte político. Esa instalación se denomina, precisamente, *¿De qué otra cosa podríamos hablar?* Mientras se inauguraba, el suelo fue silenciosa y repetidamente lavado con una mezcla de agua y sangre por personas que habían perdido un ser querido en esa guerra. Margolles también ha fabricado joyas con pedazos de vidrio de automóviles provenientes de los tiroteos. Y, mientras tanto, en telas coaguladas de sangre, algunas personas bordaron –con hilos de oro– narcomensajes, avisos y amenazas de ajustes de cuentas. Es “la vida de los cadáveres”, que en el decir de Margolles, cuenta su historia.

El modelo bélico (dice Batista) produce la banalización de la muerte. Los muertos de esta guerra tienen una extracción social común: son jóvenes, negros/indios y son pobres. Pero no solo eso: como con todo lo que pasa en el mundo de lo penal, el modelo de tratamiento es característicamente sanitario para los de la clase media, y penal para los de la clase baja.

¿Cuántas muertes ha producido el consumo de las drogas prohibidas? Sería interesante hacer un estudio comparativo. Es significativo que ni los muertos en las cárceles ni los muertos entre bandas se incorporan a las estadísticas oficiales latinoamericanas. No se trata de muertes computables, pues se trata de personas que han sido puestas al margen de la ley, lo que equivale a decir: al margen de la Historia.

Como ejemplo del ambiente sociocultural, económico y político que circunda estos fenómenos, sale en el diario *El País* una noticia significativa y que al referirse al precio de las sustancias parece contradictoria, al menos en este caso: se refiere que, entre el 2004 y el 2007, hubo 546 muertes por heroína en 18 condados norteamericanos. A la vez, se reporta que dos jóvenes mexicanos, inmigrantes pobres, que no habían logrado encontrar trabajo en los Estados Unidos, asumen su culpabilidad en el asesinato no planificado de un joven californiano de clase alta –ya adicto a analgésicos recetados para calmar su dolor por un problema de lesión en la espalda–, al venderle heroína que le daría el mismo efecto pero que resultaba mucho más barata que el fármaco oficial (entre 10 y 20 dólares por dosis, mientras el fármaco legal costaba 60 dólares la misma cantidad). Uno de los mexicanos dice al juez, al recibir una sentencia de 15 años, que “no pretendía hacerle daño a esa familia, tengo dos hijos y no me gustaría que les pasara algo parecido”. La confrontación de precios aquí, tiene un efecto letal contradictorio.

Nilo Batista define esta política criminal de drogas en Brasil como “política criminal con derramamiento de sangre” (Batista, 1997). Él describe la transición del modelo sanitario desde 1914 hasta el modelo bélico implantado en 1964, en la coyuntura de la guerra fría y de la doctrina de la seguridad nacional, con la explotación de la figura del enemigo interno y con la droga como metáfora diabólica contra la civilización cristiana.

### ■ **Producto 2: el Estado negro**

Conformándose en un poder político paralelo, el organismo mafioso pretende discutir, o subterráneamente lo hace, “de tú a tú”, con los Estados nacionales. Treguas, compromisos... Ese fue el caso de São Paulo hace poco tiempo, donde las organizaciones mafiosas se apoderaron de los resortes de la ciudad, manejados inclusive desde la reclusión carcelaria, en lo que fue una verdadera conflagración bélica. También ha habido propuestas abiertas de negociación, que para ser breves o hacer referencia a las más recientes, hemos visto que está sucediendo en Michoacán.

### ■ **Producto 3: si la prohibición no sirve, ¿para qué prohibirla?**

La expansión del consumo evidencia la ausencia de legitimidad de la prohibición, que no logra alcanzar sus fines proclamados. Los fines subyacentes, en cambio, sí son alcanzados: por ejemplo, una militarización extrema que manifiesta el enfrentamiento entre dos fuertes poderes, el oficial y el criminalizado.

### ■ **Producto 4: no es eso, es otra cosa**

La utilización de la coartada droga sirve para controlar países productores.

### ■ **Producto 5: no vale “la pena”**

Se ha demostrado la imposibilidad de limitar los cultivos en países que, tradicionalmente, han vivido a expensas del cultivo de, por ejemplo, la hoja de coca. Muchas sustancias prohibidas, sin embargo, siguen siendo consumidas por los países que desde siempre lo han hecho, por sus funciones supuestamente mágicas (véanse los relatos de Castaneda sobre el efecto del peyote) o para, simplemente, experimentar momentos de interacción social. Al mismo tiempo se ha ido conformando una cultura esnob del consumo de drogas, que son distribuidas en centros de recreación donde el más macho es el primero en atreverse a su uso y donde el no consumo se considera y denomina en forma despectiva, con palabras derogatorias.

### ■ **Productos colaterales**

La prohibición, en definitiva, niega el pluralismo, desconoce al “otro diferente” o reduce opciones personales, mientras drogas no prohibidas no tienen esas limitaciones y sí, en cambio, muchas consecuencias médica y socialmente dañinas. Pero, sobre todo, hay que destacar de nuevo que el tema no es precisamente novedoso: el catastrófico producto del prohibicionismo ha sido muy estudiado con la experiencia fallida de la prohibición del alcohol en los Estados Unidos.

Entonces, con toda esa información al alcance de la mano, ¿cuáles son los temas en los que vale la pena hoy escudriñar, en un contexto que tiene que ver con posibles reformas legislativas en un país latinoamericano?



## ■ Solo quedan dos tareas pendientes (nudos a debatir y racionalizar)

### ■ ¿Por qué existe tal distancia entre los espacios de reflexión académicos, universitarios, y los políticos decisionales?

Varias pueden ser las interpretaciones. La separación entre lo académico y lo político es continental e histórica. Ambas instancias se miran con desconfianza. Lo académico parece subversivo y peligroso desde el mundo político. Lo político, por su parte, parece pragmático o de corte electoral en el aula universitaria. Lo académico se estima teórico y esa presunción impide consultar o profundizar en los trabajos, investigaciones y estudios, muy reales y concretos, que allí se producen. Lo político está condicionado por intereses locales o extranjeros, o presiones políticas internacionales. Lo académico, en especial en los países que heredaron la tradición autonómica universitaria de la Universidad de Córdoba, es libre y sin otro interés que el de su pertinencia en el ámbito del conocimiento.

No lo digo al azar. Como anécdota acoto que, cuando hice política, después de conocer las dificultades de hacer valer en el Senado de mi país criterios académicos, mi primer libro publicado, mientras estuve implicada en esos menesteres, fue dedicado precisamente a la Universidad, a la cual definí como “el único lugar donde los sueños son posibles”. Mucha agua ha corrido bajo el puente. Tal vez ahora, más maduros y publicitados los conceptos en esta materia y más cercanos los objetivos de integración de la región, sea posible hacer algún esfuerzo de racionalizar, y lograr –al menos para comenzar– la descriminalización de las drogas blandas.

Al fin de cuentas, como se suele decir en el sistema, “pensar es gratis” (claro, si se tratara solo de pensar). Y no debería ser el único paso legitimante. Solo asestando un fuerte golpe, como este, al mercado de la droga en su totalidad geográfica, veremos desmoronarse los falsos palacios dorados que la prohibición construyó. Veremos emerger las políticas educativas, que ya no deberán competir con la intrusión del mercado prohibido. Y se restauraría el modelo de atención médica, cuando sea necesario, el cual no debe depender de atajos legislativo-punitivos, sino de su propia racionalidad.

### ■ ¿Por qué es tan difícil asumir una posición legislativa crítica en nuestros ámbitos latinoamericanos? (o *El beso de la Mujer Araña*).

¿Qué intereses legítimos paralizan una reforma que tendría un impacto pedagógico, sanitario y económico tan grande? Intereses ilegítimos puede haber muchos, por supuesto, en un continente donde el mercado de la droga puede ser fuente de ingresos electorales. Se asegura que políticos como Berlusconi y muchos altos políticos colombianos, a través de la historia, para citar solo las situaciones más publicitadas, recibieron primero la bendición del beso de la *Mujer Araña*.

## ■ ¿Cómo matar a la bruja sin que se desmoronen todos los cuentos de hadas?

La fiebre del oro: ¿adónde va el oro de la prohibición? Algunos de sus destinos: entrenamientos para cultivos y modificación de las materias primas, cadenas entre las etapas de producción y comercialización, instalaciones especiales, secreto y custodia de materiales y procedimientos, e investigación para nuevas sustancias, policías altamente especializadas, tribunales especiales, centros de formación sobre la materia. Centros administrativos de recopilación de datos y de controles sectoriales. Controles aduaneros, funcionarios militares, perros, reuniones académicas y políticas para análisis y discusión de nuevos controles, policías internacionales, manejos financieros. Inversiones en corrupción de funcionarios altos y bajos. Distribución de beneficios. Compra de equipos. Relaciones lucrativas con sitios de diversión, bares y la prostitución.

Es tan claro que se trata de controlar una mercancía, que los métodos de control se orientan a penetrar los mercados legales, a rastrear el dinero y a escudriñar los bancos y las inversiones. No hay duda, pues, de que eliminar el mercado de la droga puede hacer tambalear el sistema de producción general imperante. No solo disminuirían los aportes que a las economías nacionales hace el lavado del dinero, también se reduciría drásticamente el empleo de miles de ciudadanos de todas las clases sociales que directa o indirectamente se benefician de esa economía subterránea.

El miedo, sin duda, la sombra de la estereotipia, es uno de los motivos para mantener la prohibición. La satanización de la droga hace aparecer como “impuros” a quienes se opongan a su castigo, aunque se trataría más bien de eliminar las motivaciones para un negocio que desaparecería. Se trata ahora, fundamentalmente, de mantener la imagen de la lucha entre el bien y el mal. La droga ha penetrado el mundo de los símbolos. Pero también es más fácil penalizar que despenalizar. Se presta más a la aprobación del “ciudadano de a pie”. Se apuesta al pensamiento punitivo-primitivo de la sociedad. Penalizar es siempre menos escandaloso que despenalizar. Penalizar puede movilizar un útil y manipulable sentimiento de repudio social.

Y habría que enfrentar múltiples presiones internacionales, porque el “efecto dominó” sería ineludible para evitar que una región se convierta aisladamente en una suerte de “paraíso de la droga”, lo que sólo sería así si el mercado de la droga no se derrumba en su totalidad. ¿Poner de acuerdo al mundo y a sus funcionarios? Misión casi imposible. Dejo estas reflexiones, no necesariamente descorazonadoras...

### ■ Elliot Ness se toma un trago o la historia es dinámica

Antes de terminar, no puedo evitar la tentación de citar la última escena de la cinta de Brian de Palma *Los Intocables*. Mientras aún están frescas las imágenes de los jurados comprados, los asesinatos, la sangre derramada, y el ruido

de ametralladoras que la prohibición del alcohol habían ocasionado; y después de lograr, en una dura batalla judicial, el enjuiciamiento de Al Capone (por evasión de impuestos, que fue lo único que pudo probar), vemos descender la escalinata larga, solemne y barroca del Palacio de Justicia, al triunfante Elliot Ness. A los pies de la misma lo espera un periodista que le informa que la Ley Seca acaba de ser derogada. A la pregunta de “¿qué va hacer usted ahora?”, Ness le responde, con la indiferencia de un funcionario encargado de hacer cumplir, sin discusión, cualquier ley: “¡Me tomaré un trago”.

Buenos Aires, 6 de agosto de 2009.

### ■ Referencias

- Aniyar de Castro, Lola (2003): “La sombra de *El Padrino*”, en *Entre la dominación y el miedo. Nueva criminología y nueva política criminal*. Mérida: Nuevo Siglo.
- Batista, Nilo (1996): “Um oportuno estudo para tempos sombrios”, en *Revista Discursos Sediciosos Crime, Direito e Sociedade*, n. 2, a. I. Río de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia/Relume Dumará.
- Batista, Nilo (1997): “Política criminal com derramamento de sangue”, en *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, n. 20. São Paulo: IBCCRIM/Revista dos Tribunais.
- Becker, Howard (1963): *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.
- Medina, Cuauhtémoc (2009): “Muertes violentas, inútiles e injustas”, en diario *El País*, 2 de julio.
- Zaffaroni, Eugenio Raúl (1996): “Crime organizado, uma categorização frustrada” en: *Revista Discursos Sediciosos. Crime, Direito e Sociedade*, n. 1, a. I. Río de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia/Relume Sumará.

# DISCUTIR NUEVOS PARADIGMAS Y CONSENSOS POLÍTICOS REGIONALES

**Aníbal Fernández**

Contador Público Nacional y abogado. Fue ministro del Interior y de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación Argentina. Desde julio de 2009 es el Jefe de Gabinete de Ministros de la Nación.

Elegí para iniciar esta I Conferencia Latinoamericana y VII Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, una noticia aparecida el pasado lunes 3 de agosto en una agencia internacional. Decía: “El comercio de drogas es un juego de mesa: *The Chaps from Amsterdam*. Un juego de mesa lanzado en Londres es una especie de *Monopoly* donde se compran y se venden sustancias ilegales en vez de propiedades o tierras. Gana quien hace la mayor cantidad de dinero posible sin ser descubierto por las autoridades. El nombre de este juego traducido al castellano significa las grietas de Ámsterdam. Pero la realidad es que en la jerga del tráfico de drogas *Chaps* quiere decir algo así como compadre. Refiere probablemente a los recovecos legales que permiten este comercio, ya que al decir de los propios creadores, la *Hard Impact Board Games*, el juego nace después de casi diez años de trabajo duro en habitaciones, *pubs*, clubes nocturnos, festivales e incluso varias cárceles”.

Esta noticia es tentadora para pontificar durante horas sobre la pérdida de valores de una sociedad que piensa más en cuán divertido puede ser este juego en lugar de detenerse a pensar en cuánto daño puede provocar. En mi época, la máxima expresión de los juegos era El cerebro mágico, que, visto en el tiempo, no nos enseñaba muchas cosas pero por lo menos tenía intenciones didácticas. Pontificar sobre el tema implicaría llorar sobre la leche derramada.

Vivimos en una sociedad policéntrica, en la que la política o el Estado no configuran ya el eje de la vida de los ciudadanos. Por el contrario, debemos competir con cosas tan superficiales como el negocio del entretenimiento o la moda. Una sociedad que, como decía el politólogo chileno Norbert Lechner, ya no está a disposición de la voluntad política y no obstante exige política. A la hora de determinadas necesidades, a nadie se le ocurre que puede haber

otra solución más que la que brinda el Estado. El resto son caricias al alma, reírse un rato, bailar, cantar en televisión, sumarle años a la felicidad. Pero a la hora de la verdad, cuando impera la necesidad, el temor, la preocupación, las miradas rotan siempre al Estado. No hago juicio de valor en este tema. Cuento cómo es y digo que uno debe trabajar con la conciencia de que no habrá una situación ideal para la generación de políticas y programas.

La guerra a las drogas basada únicamente en políticas de represión de la producción y distribución, y en la criminalización del consumo ha fracasado. Ese fracaso exhibe con dolor, que a nivel mundial cada día estamos más lejos de aquel objetivo de hace diez años atrás de erradicación total de la producción de drogas y morigeración del consumo. Llevamos más de 30.000 muertos en la región ligados a la violencia y al crecimiento del crimen organizado asociado al tráfico de drogas ilícitas. Sin lugar a dudas, uno de los dos problemas más contundentes y graves de toda América.

La guerra a las drogas lanzada por Colombia no ha generado los resultados pretendidos. En México, el presidente Calderón ha recurrido a consensos regionales ante un estado de situación de pérdida de vidas humanas, costos sociales y corrupción que deterioran la calidad del Estado democrático. Estos ejemplos nos muestran lo imperativo de discutir nuevos paradigmas y consensos políticos regionales que rectifiquen la guerra a las drogas concebida en los Estados Unidos a partir de la administración Nixon.

Tenemos el deber de pensar políticas innovadoras que impliquen la presencia activa del Estado, ya que la evaluación política de la región nos indica que América Latina es el mayor productor y exportador mundial de sustancias vegetales como cocaína y marihuana. Registramos un avance en opiáceos y se proyecta como un gran productor de drogas de diseño o sintéticas, llegando a los mercados de Estados Unidos y Europa. Mientras la rectificación de políticas asistenciales y de desarrollo en países como Europa o Canadá ha logrado estabilizar o hacer descender el consumo, en nuestros países los niveles de consumo de alcohol, tabaco, éxtasis, cocaína altamente contaminada –el paco, el buraco en Perú, el crack en los Estados Unidos– y el libre acceso de los jóvenes a los psicofármacos, van en aumento.

Los costos humanos y la pérdida de calidad de derechos amenazan a las instituciones democráticas, los grupos criminales presionados por los respectivos países apelan a la corrupción de funcionarios judiciales, gubernamentales o de funcionarios políticos para dominar nuevos lugares en la región, como los mercados domésticos, la provisión de sustancias químicas de corte o precursores químicos, o por salidas al océano.

El problema sanitario ha adquirido niveles sin parangón, como si la seguridad no pasara por garantizar una prevención adecuada, fruto de un derecho humano de segunda generación. Jóvenes usuarios no adictos sostienen erróneamente que el consumo de sustancias legales o ilegales con abuso no produce daño alguno, porque no los hemos educado sobre sus consecuencias.

Debemos sortear el miedo y los preconceptos ideológicos que impiden tratar el tema con profundidad. Evitar la simplificación del tema que vincula únicamente a las drogas con el joven pobre, marginado y delincuente. Tal aseveración bloquea la información y confina a los consumidores de cualquier sustancia a círculos cerrados donde se vuelven más vulnerables al accionar del crimen organizado, al que debemos apuntar nuestros cañones.

Como un político visceral que soy, he ratificado hace varios años que para mejorar el bienestar general, el instrumento fundamental y más idóneo es la política. Para ello debemos tratar al consumidor como una persona a quien se le deben respetar sus derechos, reconocer el fracaso de las políticas represivas de la región, particularmente reconocer el fracaso de la actual ley de drogas de nuestro país. Considero este paso, un deber ético y una condición previa a la discusión de un nuevo paradigma de políticas más seguras, humanas y eficientes.

No descalifico ni desconozco los esfuerzos llevados a cabo en la persecución de los seis cárteles que han cobrado tantas vidas. Solo reconocer la insuficiencia de los resultados obtenidos. Es necesario intervenir y gestar políticas públicas que nos permitan avanzar en la persecución del crimen organizado, y que retomen y mejoren el conocimiento y control por parte del Estado de sus segmentos administrativos; combatir la corrupción, producir un protocolo regional de bienes incautados y mejorar la comunicación, intercambio de información directa entre jueces y fuerzas de seguridad a nivel regional. Dejarnos de eufemismos y plantearnos la reducción drástica de los daños que las sustancias legales mal utilizadas o ilegales, producen a nuestros jóvenes. Diferenciar las sustancias ilegales de acuerdo con el daño que producen en la salud y en la sociedad.

¿Qué pensamos en cuanto a los consumidores? Pretendemos transformar a los adictos compradores de drogas en pacientes del sistema de salud estatal o privado. Sueño con el policía que agarre a un pibe en malas condiciones y no vaya para la comisaría, sino que lo lleve a un espacio sanitario financiado por el Estado para que lo atiendan y resuelvan su situación.

Trabajaremos con el Ministerio de Educación en campañas preventivas y educativas. ¿Y por qué estas dos cosas? Porque el narcotráfico se combate primariamente, si se merman sus fuentes de ingreso. Reivindicaremos mundialmente nuestra política de no criminalizar al adicto. No queremos que vayan presos los perejiles. De la mano de la más avanzada ciencia médica deberemos poner nuestro esfuerzo en reducir el consumo por medio de campañas innovadoras de información y prevención.

Es imperioso destacar nuestra más íntima convicción de focalizar las estrategias de represión hacia una lucha despiadada contra el narcotráfico, la corrupción y el crimen organizado. ¿Cómo lo haremos? Desarrollando políticas públicas claras y efectivas contra el crimen organizado, la violencia, la corrupción de las instituciones, el lavado de dinero, los bienes incautados, el tráfico de personas y de armas, y el control de movimientos de sustancias químicas de corte.

Reorientando las estrategias de represión de cultivos, los esfuerzos de erradicación deben ser combinados con la producción de programas de desarrollo alternativo que contemplen las realidades locales, como el caso de la hermana República de Bolivia.

Continuando con una fuerte política de decomisos basados en operaciones de inteligencia, con paciencia oriental y sin objetivos de meras estadísticas. No existe más meter pibes presos por fumar un porro para tener el número que pedía la cabeza de la conducción política. Nuestro cambio tiene que estar producido en el sentido de atacar a las pirañas, atacar a los que realmente nos producen daño introduciendo basura para que consuman nuestros pibes.

Por último, nuestros pueblos, los pueblos pobres de la América morena necesitan muchas cosas. Es absolutamente cierto. Pero contamos con otros elementos para lograr la armonía regional y son todos a favor. A diferencia de Europa, tenemos identidad cultural, la misma lengua y una historia común de abusos y violaciones de derechos. Nuestras constituciones ya han comprendido los instrumentos de derechos humanos. Existe una armonización legislativa en el plano de derechos humanos a nivel constitucional que ni siquiera la propia Europa tiene. En honor a nuestros pueblos es imperioso ponerse a reflexionar sobre el tema.

Debemos ser capaces de consolidar en este tiempo el respeto y la dignidad a las personas.

Teniendo hoy, en toda la geografía argentina, hombres y mujeres al frente del poder jurisdiccional que han tomado decisiones alineados en una visión de estas características, comenzamos a comprender que el mensaje no es un mensaje hueco, no es una expresión meramente de deseo, sino que verdaderamente nos estamos encaminando hacia un objetivo de respeto por el otro, de ordenamiento interno, con una decisión inalterable del Estado de inmiscuirse en las soluciones definitivas con inversión, con seriedad, y confiando en sus profesionales.

Una política de Estado que defienda los derechos de todos, que garantice la libertad de ser amparados por la Constitución de la mejor manera, y que la justicia penal se encargue de los que introducen basura en nuestros pueblos. Nuestra pelea ha comenzado, ha dado algunos atisbos de soluciones, pero falta mucho por hacer.

Buenos Aires, 6 de agosto de 2009.

# DIAGNÓSTICO GLOBAL Y OPORTUNIDADES PARA GESTAR UN NUEVO PARADIGMA EN LA CUESTIÓN DE LAS DROGAS

**Juan Gabriel Tokatlian**

Licenciado en Sociología por la Universidad de Belgrano (Argentina). Master (1981) y doctor (1990) en Relaciones Internacionales por The Johns Hopkins University School of Advanced International Studies, de Washington (EE.UU.). Actualmente es profesor de Relaciones Internacionales en la Universidad Di Tella (Argentina).

Estamos ante una coyuntura internacional que facilita la ampliación del debate post prohibicionista y que abre una ventana de oportunidad para fijar elementos que permitan la gestación de un nuevo paradigma en el tema de las drogas. En la dirección de ir cimentando la posibilidad de observar experiencias, generar creencias y conocimientos que, eventualmente, puedan incidir en la vida social y en la práctica política, quiero hacer un rápido diagnóstico global y regional sobre el fenómeno de las drogas y terminar con una serie de recomendaciones.

## ■ Las características del prohibicionismo actual

El primer punto del diagnóstico que quiero señalar es que debemos tener una mayor precisión de la racionalidad vigente en torno a la cuestión de las drogas. Si se observan las cifras de la ONU respecto al fenómeno del consumo de drogas en el mundo, unos 208.000.000 de personas consumen distintos tipos de sustancias psicoactivas ilícitas de base natural o sintética. Esto equivale probablemente al 4,8% de la población en el grupo etario entre 15 y 64 años. Significa, por lo tanto, que consumen o han consumido algún tipo de sustancias psicoactiva ilícita más o menos el 3,2% de la población mundial.

Existe también un informe de la ONU que indica que, de esa cantidad de 208.000.000 de consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas, 165.000.000



son de marihuana. Por lo tanto, el número de consumidores de drogas duras es mucho más bajo. Más aún, en una nueva categoría creada por Naciones Unidas llamada *problem drug use* (es decir, usuarios problemáticos de drogas) se indica que alcanzan en el mundo al 0,6% de la población en el grupo etario de entre 15 y 64 años. Si esto lo llevamos a la población mundial, se puede decir que los consumidores problemáticos en el mundo representan, aproximadamente, el 0,1% de la población mundial.

La pregunta es ¿por qué hay una guerra contra las drogas si solo el 0,1% de la población del mundo consume drogas psicoactivas duras? Me parece que este es un tema esencial para entender los límites y los alcances de un debate alterno. Y esto quiere decir que debemos fijarnos cuál es la lógica de la guerra contra las drogas, y cuáles son los componentes esenciales de lo que podríamos llamar una campaña prohibicionista.

Quiero remarcar algo muy importante. No estamos, en el sistema internacional, frente a un prohibicionismo puro. Por lo contrario, estamos, como hemos estado casi siempre, frente a un prohibicionismo imperfecto o impuro. Esto es, hay algunas cosas que se persiguen draconianamente y otras que no se persiguen de esa manera. Hay algunas cosas que se explican geopolíticamente y otras que no. Menciono dos casos históricos emblemáticos. Uno es el papel de Richard Armitage, segundo del secretario de Defensa estadounidense Donald Rumsfeld, que en las décadas de 1960 y 1970 propiciaba el negocio del opio entre las fuerzas antivietnamitas y legitimaba de hecho el tráfico en esa parte del mundo.

Otro hecho, que ocurrió en la década siguiente, ha sido el famoso Irán-contras conocido como el Irangate, que era el intercambio de armas por drogas auspiciado por la administración del presidente estadounidense Ronald Reagan.

En la actualidad, de manera más categórica, el director ejecutivo de la Oficina de la ONU contra las Drogas y el Delito, Antonio Costa, dijo el 26 de enero de 2009 en un reportaje de la revista austriaca *Profil*, “El narcotráfico genera un capital líquido disponible que ha sido utilizado por los bancos para salvarse en medio de la crisis financiera internacional”. No mencionó qué bancos, ni el monto o los países. Pero este tipo de afirmaciones confirma el hecho sabido de que hay poderosos núcleos mafiosos que muchas veces no son atacados y pequeños consumidores que son perseguidos, con la dualidad y el doble estándar que se manifiesta en cada una de las políticas públicas en la mayoría de nuestros países. Este prohibicionismo, entonces, es bastante imperfecto, bastante impuro. Y hay que develar su carácter impuro, porque es en este carácter donde hay ganadores y perdedores.

El otro elemento que me interesa remarcar del prohibicionismo actual es que, de hecho, no hay elemento político, económico o incluso sociológico que justifique hoy el prohibicionismo. Salvo, y esto es esencial, que entendamos que el prohibicionismo es una forma de *Kulturkampf*, es decir, una lucha cultural. Por lo tanto, el terreno de las ideas y de los valores es esencial. Cualquier

alternativa no prohibicionista debe ser ética y socialmente muy consistente, porque se está ante un fenómeno en el cual ni los mejores argumentos económicos, políticos, médicos o sociológicos han generado un cambio significativo en el debate hasta el momento. En consecuencia, me parece que el primer gran debate es descifrar y precisar las características del prohibicionismo actual.

### ■ Régimen internacional antidrogas

En la actualidad nos encontramos ante lo que la literatura llama “un régimen internacional antidrogas”, es decir, frente a un conjunto de procedimientos y normas prácticas que han sido consensuados internacionalmente. Este régimen internacional antidrogas ha sido liderado por los Estados Unidos, pero jamás ha sido cuestionado por Europa y no es impugnado por ninguno de los países hoy emergentes en el sistema internacional, como lo son India, Brasil o China. A su vez, ha sido asimilado por América Latina y perfectamente internalizado por la ONU.

Este es un régimen profundamente enraizado en prácticas, normas, hábitos, políticas y medidas. Colocar la atención sobre quién ha encabezado este régimen, es decir en Estados Unidos, es poco significativo si no se entiende la dinámica global que ha adquirido el régimen internacional contra las drogas. Un régimen que, a mi modo de ver, combina tres tipos de políticas: punitivas, compensatorias y alternativas. La criminalización creciente es una forma de política punitiva: criminalizar diferentes componentes del negocio de las drogas, los eslabones, las redes, las acciones, la acción de los consumidores y el problema del lavado de activos, es una lógica punitiva de criminalizar todos los eslabones. Hay también una lógica compensatoria: la sustitución de cultivos, el desarrollo alternativo y la asistencia social también forman parte del régimen internacional antidrogas. No es que sea un régimen solo draconiano, tiene una parte compensatoria. Aún más, tiene una parte alternativa, que es asumir, en algunos casos, la despenalización de la dosis personal.

El régimen internacional antidrogas actual concentra sus acciones en las políticas punitivas, impulsa también políticas compensatorias y tolera a regañadientes políticas alternativas. En ese sentido, el problema de este régimen internacional antidrogas es que se está volviendo para todos los actores, particularmente estatales, pero también para gran parte de los no estatales o subnacionales, un régimen que carece de legitimidad, que carece de credibilidad y que carece de simetría.

Es un régimen crecientemente ilegítimo porque las reglas del juego son burladas sistemáticamente por la mayoría de los actores, cada vez que pueden. Es un régimen que adolece de credibilidad porque existe una percepción creciente de ineficacia, de que todo lo que se hace es ineficaz, innecesario, inconducente e improductivo. Y, a su vez, hay una percepción de asimetría, porque la distribución de costos y beneficios de este régimen es bastante injusta. En síntesis, es

un régimen internacional muy enraizado del que participamos todos, pero está siendo erosionado muy fuertemente desde abajo y tiene profundas fisuras.

## ■ Dos vías posibles de implementación del régimen internacional

La implementación de este régimen internacional tiene solamente dos vías posibles. Por un lado, la cruzada, atacar todos los eslabones, a toda la cadena de manera sistemática, profunda, drásticamente, con firmeza, con virulencia a todo el negocio. Por otro, el acomodamiento, hacer como si uno atacara pero no ataca nada. En realidad, lo que ha pasado en el sistema internacional es una oscilación entre un *modus vivendi* y un *modus pugnandi*. Hay fases en que estamos en convivencia con el narcotráfico, el crimen organizado, el negocio de las drogas, y otras en que lo confrontamos. Esta ha sido la norma en Italia y Colombia, por ejemplo, y lo es hoy en México. Hoy México está en guerra, después de varias fases de convivencia y guerra, y dentro de poco va a entrar en otra fase de convivencia, en una relación distinta con el crimen organizado y el narcotráfico.

El problema fundamental es que, detrás de cada ciclo de oscilación entre los que pugnamos o convivimos con este fenómeno, lo que hay es cada vez menos Estado y cada vez más un actor criminal potenciado en su capacidad de empoderamiento. De allí que lo que estamos viendo, más allá de calificar el crimen organizado como una modalidad delictiva, es la gradual consolidación de una nueva clase social, una clase social criminal. Frente a esto, los Estados terminan siendo, en la región, debilitados o parcialmente cooptados.

## ■ Los cinco mandamientos

El cuarto punto de este diagnóstico es que América Latina ha sido el epicentro del mayor arsenal represivo de las políticas públicas antidrogas. América Latina ha ensayado los cinco mandamientos de la lucha contra las drogas: militarizó completamente esa lucha; aplicó la erradicación química; criminalizó todas las facetas del fenómeno; asumió la extradición sistemática de sus propios ciudadanos y restringió cualquier otro tipo de políticas alternativas, pro-legalización o pro-descriminalización. La mayoría de los países –Colombia, Bolivia– ha seguido ese recetario y ahora lo sigue México. Y tampoco nada ha cambiado en otro tipo de países, como puede ser el caso de Brasil o Venezuela.

No se trata de un tipo de régimen político, la lógica de la lucha contra las drogas es un conjunto de políticas públicas utilizadas por la mayoría de los países: militarizan el combate, erradican químicamente o forzadamente, por la presión internacional criminalizan cada vez más eslabones –como, por ejemplo, el lavado de activos–, extraditan a sus nacionales y restringen los niveles de debate.

Colombia ha sido el caso más elocuente. El gobierno del presidente Álvaro Uribe Vélez erradicó durante su mandato territorios el equivalente a dos veces y medio el estado de Delaware de los Estados Unidos. Extraditó más de 600 nacionales a los Estados Unidos y hoy, en vez de tener grandes carteles, tiene “carteles boutique”, pequeños carteles más sofisticados. Caso halagüeño en el sentido de grandes resultados que, paradójicamente, a pesar de ellos necesita que en su país sean instaladas siete bases militares para manejo y uso eventual de tropas estadounidenses. Es decir, en este caso, con cara gano yo y con seca pierde usted. Lo haga bien o lo haga mal, una justificación para las bases va a haber. Mal, si no va bien la lucha contra las drogas, y bien, porque si está yendo bien ahora es el momento de darle la puntada final.

En todo este proceso hay dos fenómenos que creo que son nuevos en América Latina:

- La creciente penetración del eje andino-amazónico. Esto dejó de ser, por lo menos en Sudamérica, un problema andino para ser un problema andino-amazónico con un rol central y gravitante de Brasil.
- La consolidación de *packs* mafiosos a nivel regional, local, municipal, departamental o provincial. Hay grupos hegemónicos que se tornan poderosos a través de la criminalidad organizada en diferentes ámbitos geográficos de los países.

### ■ Algunas ventanas de oportunidades

A pesar de todo esto, existe una ventana de oportunidad. ¿Cuál es? En primer lugar, la crisis financiera internacional, que tiene un profundísimo impacto eventual sobre la lucha contra las drogas, en tres sentidos:

- Primero, se vuelve a potenciar la revalorización del Estado. Se necesita más Estado, un Estado más actuante que no puede librar todo al mercado, incluso el negocio de las drogas. Se necesita algún tipo de regulación, de control, de intervención del Estado.
- Segundo, hay una sensación creciente de que los billones de dólares que se van detrás de una política inefectiva requieren algún nivel de mayor racionalidad. Y por lo tanto, hay un argumento de costos en situaciones de crisis que está abriendo la posibilidad de contemplar otras alternativas.
- Tercero, el tema de los valores. Es decir, el despilfarro, la ganancia fácil, la demostración de poder de grupos que no tuvieron ningún tipo de control y que hicieron lo que quisieron. Hay una sensación social, colectiva, de que eso empieza a estar mal, de que no debe ser avalado, y que no les sirve a las sociedades.

Por otro lado, hay cambios importantes en algunas experiencias, tanto en Europa como en América Latina. En Europa hay que seguir muy de cerca el modelo de descriminalización de Portugal.

En América Latina, la Comisión de Estudios sobre Democracia y Drogas, que emitió con la firma de tres ex presidentes un documento que señala claramente que la guerra contra la droga es una guerra fallida. También tenemos un mayor activismo judicial y una mayor participación del poder legislativo en medidas a favor de una política menos sancionatoria en materia de drogas.

Pero, lo que más podría llegar a cambiar el actual estado de cosas, es lo que pasa en los Estados Unidos. Hay tres indicadores para tomar en cuenta:

**1** Los últimos tres presidentes de los Estados Unidos, Bill Clinton, George W. Bush y Barack Obama, han reconocido que consumieron droga en su juventud. Esto es muy importante. Ya hay una sensación menos pecaminosa, no digo que culturalmente haya sido aceptado, pero hay una actitud distinta.

**2** Según encuestas hechas en los Estados Unidos, hasta el 40% de la población norteamericana informa haber consumido marihuana en algún momento de su vida. Esto es muy importante, porque ya no es que lo consumió el 2,5 u 8 por ciento: el 40% consumió marihuana y sobrevivió. Por lo tanto, hay una actitud menos estigmatizante.

**3** El recientemente nominado zar contra las drogas, Gil Kerlikowske, dijo que iba a sacar de su lenguaje la expresión *guerra contra las drogas*. Que Estados Unidos no podía entrar ni podía seguir en una guerra contra sus propios ciudadanos y contra ciudadanos en el mundo internacional. Aunque sea en el nivel de la retórica, esto es importante.

## ■ Recomendaciones y sugerencias

Ante estas ventanas muy humildes que se han abierto en medio de un clima prohibicionista, sugiero cinco recomendaciones:

**1** Incrementar a través de distintos tipos de foros y ámbitos de debates el cuestionamiento al régimen actual, insistiendo en los costos de la prohibición y, en segundo lugar, en el agotamiento del paradigma vigente.

**2** Sugiero insistir en un nuevo paradigma que evite el debate prohibición versus legalización. Ese es un debate ideológico que no lleva a ningún lugar. Yo creo que hay que introducir nociones distintas. Es momento de hablar de modelos de regulación modulada, es decir, buscar regulaciones específicas de ciertas drogas de acuerdo a los daños o peligros que causan.

**3** Cabe exigir a los Estados que hagan una suerte de entrecruzamiento temático en materia de regímenes internacionales. A la par que existe el régimen internacional sobre drogas hay otro sobre derechos humanos; y a la par que existe el régimen internacional sobre derechos humanos hay uno sobre medio ambiente. No se pueden efectivizar políticas que pueden ser válidas desde el lado del régimen de las drogas pero, simultáneamente, inválidas desde el punto de vista de los derechos humanos o del medio ambiente. Tiene que haber algún nivel de coherencia. Una forma mucho más exitosa y mucho más válida de medir políticas efectivas contra las drogas; es decir, si son lógicas desde el punto de vista ambiental y sustantivas desde el punto de vista de los derechos humanos, entonces se pueden implementar desde el punto de vista de las drogas.

**4** En el caso de Colombia, recientes estudios comparados<sup>1</sup> en materia de situaciones de conflicto armado y fenómenos de cultivos ilícitos, muestran que lo primero que hay que resolver es el conflicto armado. Hay que resolver el conflicto armado porque lo otro no se va a desarmar solo. El Estado necesita tener mucho poder, mucha capacidad, legitimidad y fortaleza para vencer los fenómenos derivados del negocio de las drogas. Al revés no funciona. Por eso es tan elemental para América Latina que Colombia resuelva su conflicto armado y seguir de cerca lo que está pasando con las bases militares, para interpretar de mejor manera este tema a la luz de la cuestión de las drogas y no simplemente a la luz del conflicto interno en Colombia.

**5** Los foros de debate deben dar impulso a lo que denomino “una diplomacia ciudadana”. Es decir, grupos no gubernamentales desarmados que usurpan benignamente un rol tradicional del Estado, asumen labores de interlocución legítima con otras contrapartes y despliegan alianzas novedosas con la sociedad civil internacional. Para este propósito de impulsar la diplomacia ciudadana sugiero que en 2012, cuando se van a cumplir 100 años desde la primera convención del opio, sería bueno que desde el ángulo de la sociedad civil organizada se llame a una gran cumbre sobre el estado de un siglo de lucha contra las drogas, para ver si de alguna manera se puede incidir moderadamente, prudentemente, sobre las ya muy claras políticas fallidas en materia de drogas que siguen la mayoría de nuestros Estados.

Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

<sup>1</sup> N. de la E.: El autor refiere a los estudios de Ekaterina Stepanova, investigadora del Stockholm International Peace Research Institute.



# DE LA GUERRA A LAS DROGAS A LA DESCOLONIZACIÓN DE LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO

**Froilán Castillo Siles**

Licenciado en Ciencias de la Comunicación Social, Universidad Mayor de San Andrés (Bolivia). Graduado de la Academia Diplomática Boliviana, maestría en Relaciones Internacionales y Diplomacia (Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana). Graduado de la Escuela Diplomática de España, reconocido por la Universidad Complutense de Madrid como magister en Estudios Internacionales. Al momento de la presentación era jefe de la Unidad Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas del Estado Plurinacional de Bolivia.

Quisiera expresar en pocas líneas la nueva visión que tiene el gobierno de Bolivia respecto a la problemática de la lucha contra el narcotráfico. No lo voy a hacer desde la perspectiva de un psicólogo, o de un analista de la materia o de un jurista, sino desde el punto de vista práctico de un operador de la gestión pública.

En principio, voy a destinar unos párrafos a contextualizar la problemática que está siendo objeto de atención en la presente conferencia latinoamericana, es decir, la guerra contra las drogas, uno de cuyos principales epicentros fue principalmente la región andina y, en particular, Bolivia. Diversos estudios han mencionado que esta guerra contra las drogas no solo se orientó a combatir la producción, tráfico y consumo de drogas, sino que asumió connotaciones de carácter ideológico, económico e, incluso, de posicionamiento geopolítico en la región. Entre las doctrinas que se aplicaron en años pasados pueden citarse la “doctrina de seguridad nacional”, las “guerras de baja intensidad” y, últimamente, la que se ha llamado la “unipolaridad estratégica”, que constituyeron el marco estratégico en el cual se ha desarrollado esta guerra.

En el plano operativo, a partir de la segunda mitad de la década de 1980 se concibió en los Estados Unidos la “estrategia andina”, cuyos componentes principales han sido la erradicación de cultivos de coca, la interdicción del tráfico y la prevención del consumo de drogas. Este esquema de acción se repite con algunos matices hasta el día de hoy. Los instrumentos institu-



cionales que se han utilizado para aplicar la estrategia andina han sido: el Departamento de Estado de EE.UU., la DEA (Drug Enforcement Administration), la CIA (Central Intelligence Agency), la USAID (United States Agency for International Development) y algunos soportes propagandísticos, como la agencia USCIS (United States Citizenship and Immigration Services). El resultado no ha sido el buscado, pues no se ha logrado erradicar el fenómeno de las drogas.

¿Cómo ha sido la guerra antidrogas en Bolivia? Quisiera mencionar un hecho circunstancial que desencadenó las acciones represivas de erradicación de cultivos de coca. En 1986 se descubrió el asesinato del científico Noel Kempff Mercado, que se conoció como el “Caso Huanchaca”. A partir de entonces, se intensificaron las actividades de erradicación de cultivos de coca, se aplicaron diversos planes, como por ejemplo el Plan Pydis, el Plan Trienal y el que se ha mal denominado “Plan Dignidad”, que entre 1997 y 2002 intensificó las actividades de erradicación, pero al mismo tiempo también acrecentó las actividades de represión y violación de derechos humanos. La Ley 1008, aprobada en 1988, ha sido el marco legal de estos planes. Por ejemplo, en 2000 se produjeron 82 heridos y 12 muertos; en 2001, 198 heridos y 7 muertos y en 2002, 214 heridos y 10 muertos. En esos tres años se aplicó con mayor violencia la llamada “política de coca cero”. Cabe preguntarse, entonces, si el verdadero enfrentamiento de la guerra contra las drogas fue contra el tráfico de estupefacientes o, en realidad, se dirigió contra la hoja de coca y, al final de cuentas, contra los productores de la hoja de coca.

Como señala la historia, la ascensión del dirigente cocalero Evo Morales a la presidencia de Bolivia, en 2006, ha sido el resultado de un proceso de acumulación histórica de lucha política de las organizaciones sociales bolivianas. Y ello está permitiendo la aplicación de una serie de cambios estructurales tendientes, principalmente, a *descolonizar* el Estado, a promover la conformación de un Estado socio-comunitario y a la aplicación de una filosofía del *vivir bien* sustentada en una relación armónica entre seres humanos, pero también con la naturaleza, con la Madre Tierra.

En el marco de esta política de descolonización del Estado boliviano también se está aplicando una política de *descolonización de la lucha antidrogas*. ¿Cuáles son los componentes de esta nueva política? Se parte de una premisa básica: diferenciar semántica y conceptualmente a la hoja de coca de la cocaína. La hoja de coca, que en estado natural no es un estupefaciente, y la cocaína, que es una droga que puede provocar daños a la salud.

En Bolivia nunca se ha presentado, en un centro de tratamiento de drogodependientes, un caso por *acullicar* o por masticar hoja de coca. Nunca se ha presentado un tratamiento de adicción por el masticado de la hoja de coca. Entonces, una cosa es la droga que por lo general provoca adicción, que provoca daños a la salud, y otra cosa es la hoja de coca en estado natural, que más bien posee propiedades medicinales y nutricionales benéficas.

A partir de esta premisa se infiere una estrategia de doble vertiente, que se traduce en la “estrategia de lucha contra el narcotráfico y revalorización de la hoja de coca”. Mediante su planteamiento se reafirma el compromiso de enfrentar la producción, tráfico y consumo de drogas, pero en el marco del pleno respeto a los principios de soberanía y dignidad nacional, del respeto a los derechos humanos y la responsabilidad compartida a nivel internacional.

En esta materia se plantean dos nuevos ejes: la nacionalización y la regionalización de la lucha contra el narcotráfico. Se entiende a la nacionalización como el fortalecimiento de las capacidades nacionales para enfrentar la problemática de las drogas. También, la definición soberana de objetivos, estrategias y métodos, y el control de la información y las fuerzas operativas. Ya pasaron a la historia las políticas de sometimiento e injerencia externa. En el marco de la *nacionalización de la lucha contra el narcotráfico*, el 1° de noviembre de 2008 se produjo la expulsión de los agentes de la DEA por manifiesta injerencia en asuntos internos del país, por apoyo manifiesto y comprobado a la oposición política. Como resultado de este hecho casi circunstancial, se descubrió que la oficina de la DEA en Bolivia constituía la base regional de la DEA para Sudamérica. Entonces, no solo se trata de expulsar a la DEA, sino de desmontar el mecanismo de subordinación que la sustentaba, es decir, injerencia, chantaje y la famosa *certificación unilateral* de la lucha contra las drogas. Actualmente se encara un proceso de revisión de la relación bilateral con los Estados Unidos en un marco de dignidad y soberanía, y de renegociación de su enfoque de drogas bajo la premisa de responsabilidad compartida.

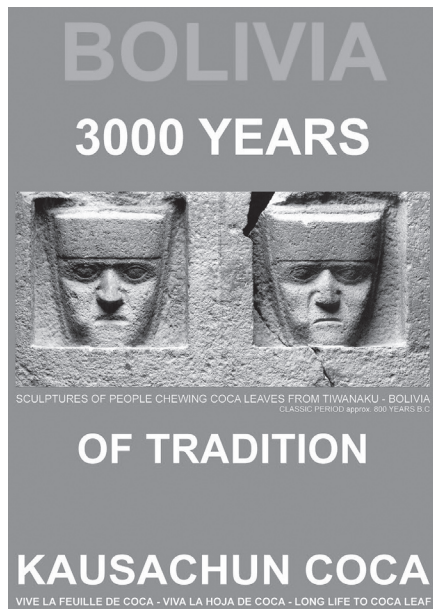
El otro eje es la *regionalización de la lucha contra el narcotráfico*: se trata de impulsar la adopción de políticas subregionales y regionales en materia de drogas, para hacer frente a esta problemática a partir de una mirada y esfuerzo conjuntos. En este sentido, se advierten avances con la República Federativa del Brasil, con la cual se avanza en la coordinación de acciones conjuntas en controles fronterizos y otra serie de actividades de interdicción y prevención. También se han celebrado reuniones de coordinación en esta perspectiva con Argentina, Perú y Paraguay, así como con otros países vecinos.

Uno de los próximos eventos, en el marco de la regionalización, será la conformación del Consejo Sudamericano de Lucha contra el Narcotráfico en el marco de la Unión de Naciones Suramericanas. En este marco, también se emprende el desafío de la diversificación de fuentes de cooperación internacional. La Unión Europea se ha convertido, en este entendido, en el principal socio estratégico en materia de proyectos de cooperación. Por ejemplo, Bolivia cuenta con el apoyo europeo en la realización de un “estudio integral de la hoja de coca” para conocer qué cantidades de coca se consumen en el país, cuál es su rendimiento y cuáles son las rutas de comercialización. También cuenta con apoyo europeo el “plan de desarrollo integral con coca” y el “proyecto de control social de la producción de la hoja de coca”.

Sin embargo, en Bolivia se reconoce que una parte de la producción de hoja de coca es desviada a actividades ilícitas del narcotráfico. En vista de ello, en concertación y con la participación de los mismos productores, se innova con el control social de la producción de la coca, la racionalización de sembradíos y la reducción voluntaria y concertada de los cultivos de hoja de coca. Esta voluntad ha sido expresada por el presidente de la República, quien señala: “En Bolivia nunca habrá coca cero, pero tampoco habrá libre cultivo de hoja de coca”. Es decir, existe un proceso de control de la producción de la hoja de coca, así como de su comercialización, para tratar de asegurar sus destinos lícitos.

La transformación productiva o industrialización, además de aprovechar las propiedades benéficas medicinales y de complemento nutricional de la hoja de coca, pretende que sea un mecanismo de control del desvío hacia actividades ilícitas. Y, finalmente, la concepción sobre el desarrollo alternativo ha evolucionado desde una concepción sustitutiva, hacia una noción de desarrollo integral complementario a la producción de hoja de coca.

Quisiera señalar algunas palabras en lo referente a la “despenalización de la hoja de coca”. En el ámbito internacional se ha difundido un afiche que deja constancia gráfica de que la hoja de coca es milenaria, que tiene una antigüedad de por lo menos 3.000 años y ha sido el centro de la espiritualidad indígena y de los pueblos originarios. Se muestra una efigie de masticado de coca en el Templo de Kalasasaya de la cultura de Tiwanacu en Bolivia, con una antigüedad de por lo menos 1.000 años antes de Cristo, a lo que hay que sumar 2.000 años de la era cristiana. Con base en esa realidad cultural ancestral, la nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, en su artículo 384, protege a la hoja de coca originaria, ancestral y patrimonio cultural, recurso natural renovable de la biodiversidad de Bolivia, como factor de cohesión social, y que en su estado natural no es estupefaciente.



Templo de Kalasasaya de la cultura de Tiwanacu en Bolivia, con una antigüedad de por lo menos 1.000 años antes de Cristo, a lo que hay que sumar 2.000 años de la era cristiana. Con base en esa realidad cultural ancestral, la nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, en su artículo 384, protege a la hoja de coca originaria, ancestral y patrimonio cultural, recurso natural renovable de la biodiversidad de Bolivia, como factor de cohesión social, y que en su estado natural no es estupefaciente.

**Afiche que muestra el uso ancestral de la hoja de coca.**

Con este precepto constitucional y con firme voluntad política, *la despenalización de la hoja de coca* se enfrenta, en el ámbito internacional, con que se encuentra incluida en la lista 1 de la Convención Única sobre Estupefacientes

de 1961 y en otros instrumentos internacionales que prohíben su producción, comercialización y consumo a nivel mundial. Esta voluntad ha sido repetida y enfatizada por el presidente Evo Morales en su intervención en marzo pasado en la Reunión de Alto Nivel de la Comisión de Estupefacientes celebrada en Viena, donde ha pedido corregir este error histórico.

Sobre la mesa están tres alternativas de acción para encaminar la *despenalización de la hoja de coca*. Una es la despenalización del *acullicu* o masticado de la hoja de coca, la segunda es solicitar su retiro de la lista 1 y, en última instancia, existe la posibilidad de denunciar a la Convención Única de 1961.

Comenzando a transitar esta ruta, el presidente Morales, en una carta dirigida el 12 de marzo de 2009 al secretario general de la ONU, ha solicitado formalmente se eliminen los incisos 1c y 2e del artículo 49 de la Convención Única de 1961, que prohíben el masticado de la hoja de coca. Como resultado de esta solicitud se ha activado el procedimiento que contempla un período de 18 meses para consultar a los países sobre el planteamiento boliviano. Si se presentara la oposición de algún gobierno se convocará a una conferencia y si no se manifiesta oposición en contra, esta enmienda entrará automáticamente en vigor. Es decir que podrá ser permitido el *acullicu* de la hoja de coca a nivel internacional, tal como es habitual en ciertos países y algunas regiones de algunos países –como en la región norte de la República Argentina, particularmente en las provincias de Jujuy, Tucumán y Salta– que, en los hechos, han despenalizado el *acullicu*.

Dos son los desafíos todavía pendientes para el gobierno boliviano en esta materia. Uno es afrontar la problemática real del control de la hoja de coca y gestionar ciertas tendencias regionales y mundiales en cuanto al tráfico de drogas: ha aumentado la demanda regional, principalmente de los países vecinos y también de Europa, se advierte una importante cantidad de cocaína peruana en tránsito por territorio boliviano y también se comprueba la implementación de tecnología colombiana en la fabricación de cocaína. El segundo desafío es demostrar ante la comunidad internacional que se puede compatibilizar una lucha efectiva contra el narcotráfico y una digna política de despenalización y revalorización de la hoja de coca, defendiendo un valor fundamental de la cultura andino-amazónica.

Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.



# EL OCULTAMIENTO DE LAS PROPIEDADES DE LA HOJA DE COCA

**Reynaldo Molina Salvatierra**

Economista y microbiólogo, médico tradicional Amauta. Coordinador general del Programa de Apoyo al Control Social de la Producción de la Hoja de Coca del Estado Plurinacional de Bolivia. Presidente del Comité Científico de Medicina Tradicional en Bolivia y director académico del Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawaya.

Esta es una oportunidad para poder expresar qué es la hoja de coca. Se habla mucho de ella, existen muchas investigaciones que toman como objeto de estudio a la hoja de coca, pero a pesar de ello, sigue siendo una de las plantas más ignoradas. Y esto es también una de las consecuencias de la guerra contra las drogas. Lamentablemente, existen organizaciones internacionales y logias que han hecho que sea así.

En Bolivia, en 1988 se ha implantado la Ley 1.008 que regula la hoja de coca y las sustancias controladas. Es una ley draconiana, que castiga y trata de narcotraficantes a los que pisan coca, pero los verdaderos narcotraficantes nunca son encarcelados. Yo no diría que se trata de una injusticia sino que, con premeditación y alevosía, algunos organismos internacionales han permitido que la hoja de coca figure en las reglamentaciones de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes como si fuera droga. Ninguna planta es droga. Hay que tomar en cuenta que todas las plantas, sin excepción, tienen alcaloides, y estos tienen principios activos medicinales, depende de la dosis que uno utilice para que sea medicinal o sea tóxico.

En Bolivia estamos tratando de trabajar con eje en la responsabilidad compartida y la implantación del control social de la producción y comercialización de la hoja de coca. También estamos trabajando en la modificación de la Ley 1.008 para dividirla en dos leyes: una de sustancias controladas y otra para el régimen de la coca. Si bien la constitución política del Estado Plurinacional de Bolivia reconoce al cultivo de la hoja de coca como “factor de cohesión y patrimonio cultural”, no existe la posibilidad del libre cultivo de la hoja de coca. Este está siendo controlado a través de un plan nacional sobre producción y comercio de la hoja de coca, y estamos caminando hacia una nueva política nacional de drogas.

Con estos cambios en la política estamos queriendo que se reconozca el valor de la coca como planta altamente medicinal y no como droga. La nueva política nacional está sustituyendo una estrategia de lucha contra el narcotráfico (2007-2010) por una política nacional de Estado (2011-2015) con cuatro pilares:

**1** Un plan nacional de desarrollo integral sostenible. Anteriormente se hablaba de cultivos alternativos para tratar de sustituir cultivos de coca pero sin ninguna sostenibilidad en la economía y en el mercado. Han querido implantar maracuyá, macadamia, diferentes plantas que no tenían mercado y que fracasaron como cultivos alternativos.

**2** Un plan nacional de lucha contra el narcotráfico e interdicción. Estamos haciendo un censo completo de todos los productores de coca e identificando la cantidad de coca que produce cada uno. Para eso estamos utilizando información del Instituto Nacional de Reforma Agraria, del Programa F57 de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, que hace el monitoreo de cultivos de coca, y del registro catastral de Bolivia para identificar con medidas biométricas al productor de coca. A este respecto tenemos algunos inconvenientes porque, históricamente, incluso antes de la DEA (Drug Enforcement Administration), se han inflado las cifras de la producción para decir que Bolivia es un país narcotraficante y así poder imponer ciertas políticas. En el caso de la producción de la cocaína existen tres formas de presentación: sulfato de cocaína, base de cocaína y clorhidrato de cocaína. Dos kilos de sulfato de cocaína dan un kilo de base, y un kilo de base da 900 gramos de clorhidrato. Sumar 10 kilos de sulfato con un kilo de base y un kilo de clorhidrato es como sumar mesas, sillas y escritorios. Aún no hemos podido cambiar este sistema de hacer estadísticas y, de este modo, la información aparece sesgada.

**3** Un plan nacional de prevención y tratamiento holístico. En Bolivia tenemos mucha experiencia en la utilización de medicinas tradicionales para abordar el tema de la drogadicción. Para el consumo abusivo de alcohol se usa una planta que se llama Andrés Waylla,<sup>1</sup> al igual que tártago y semilla de pacay. Mucha de esta sabiduría ancestral puede usarse a nivel internacional. A la vez existen ONG que señalan que en Bolivia existe mucha drogadicción y la realidad nos muestra que el número de adictos problemáticos es bajísimo. Nuestro real problema es el consumo abusivo de alcohol, droga legal, y de clefa.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> N. de la E.: Andrés Waylla es el nombre en aymara y quechua del *Cestrum Parqui*, un arbusto que posee propiedades medicinales.

<sup>2</sup> N. de la E.: Clefa, nombre que recibe en Bolivia el pegamento que se vende libremente en zapaterías, ferreterías y otros comercios.

**4** Un plan nacional para el control social de la producción y comercialización de la hoja de coca. Hemos delimitado, zonificado el territorio para determinar qué cantidad de cultivo existe, tomando en cuenta la productividad media por hectárea de hoja de coca. En Bolivia se están haciendo ocho estudios integrales sobre la hoja de coca, uno de los principales es sobre la demanda, para determinar qué cantidad de coca necesita Bolivia para destinar a usos lícitos, alimentación, usos medicinales e industrialización.

### ■ Propiedades de la hoja de coca

Todas las plantas, sin excepción, tienen un sistema de alimentación que al absorber carbón, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno, carbono 14, se convierten en principios activos medicinales. Estos principios activos medicinales se distribuyen en partes diferentes de la planta, en su raíz, y en el caso de la coca, en sus hojas. Cuando hablamos de principios activos medicinales es necesario referirse a alcaloides esenciales, así como hay aminoácidos esenciales. Estos últimos permiten que tengamos un alto grado de nutrición y los alcaloides esenciales, que tengamos un alto grado de salud.

El alcaloide más importante que tiene la hoja de coca es la egnomina, que metaboliza carbohidrato, grasas, ácidos úricos, triglicéridos, glicemia, de tal forma que el que consume coca no va a tener obesidad y se va a mantener en un buen estado de salud. Existe amplia bibliografía y casuística sobre estos temas que no se quiere difundir y que, en muchos casos, ha sido retirada de las bibliotecas especializadas.

La coca tiene 18,9% de proteínas, es decir, aminoácidos esenciales. Lo más común que reúne estos dos elementos es la carne. La coca es como la carne pero con una diferencia: la carne de vaca carga de ácido úrico, la carne de oveja carga de colesterol, y eso significa enfermedad. La coca, además de tener estos aminoácidos esenciales, tiene aminoácidos enzimáticos que hacen que regule el funcionamiento del páncreas. La coca tiene 46,2% de carbohidratos, esto es similar a los cereales. Y cuando hablamos de cereales hay que tomar en cuenta que la parte medicinal de los cereales se encuentra en sus cáscaras, dan textura a la piel con la elastina y el colágeno. La coca tiene grasa vegetal (omega 3 HDL) en un 3,3%, que tiene propiedades antioxidantes, facilita su asociación con el colesterol “malo” y lo metaboliza o lo elimina. Es también materia prima para el sistema nervioso (mielina) y la formación de las hormonas, especialmente de tipo sexual al ser altamente vigorizante.

Por otra parte, contiene un 14,2 % de fibra vegetal, lo que facilita la digestión y resuelve el estreñimiento, y celulosa e insulina, que regula el funcionamiento del páncreas. También tiene fibra y sabemos que la fibra es muy buena para la digestión. Y tiene ácidos orgánicos, alcaloides y vitaminas al igual que 12 frutas juntas. Tiene propiedades de ser altamente híbrida, por lo que la podemos mezclar casi con cualquier cosa.



La coca es como carne de animal, pero la diferencia es que elimina tanto el colesterol como el ácido úrico. Tiene minerales, y entre ellos lo más importante es que tiene nueve veces más calcio que la leche. Tiene vitaminas, la mayor cantidad de vitamina A, es muy buena para la piel, para la vista, por eso el que utiliza coca no necesita lentes prácticamente.

El verdadero valor de la hoja de coca es la sinergia que genera con las plantas y con los medicamentos con los que se la asocie. Por ejemplo, si la combino con una planta depurativa, la vuelve más depurativa. Si se quieren utilizar las propiedades que tiene para mejorar la irrigación al cerebro, busco combinarla con la hesperidina que encontramos en la cáscara de naranja, en la nuez, en la almendra, en el maní.

Actualmente es posible la combinación de la medicina tradicional natural y la moderna. Un ejemplo muy simple, el cálculo en la vesícula, lo que se llama generalmente colecistectomía, extirpación de la vesícula. Los incas ya ablandaban la piedra y hacían trepanación al cerebro y esos mismos principios se pueden utilizar para gelatinizar el cálculo y hacer que se expulse. Hay que combinar coca con alcachofa, con boldo, con llantén y se expulsa sin problema, y esto ha sido comprobado con ecografías, combinando ambas medicinas.

En Bolivia, en la región del Chapare, estamos haciendo una planta industrializadora de coca, que va a producir distintos productos a partir del extracto de coca. El extracto de coca es posible de ser utilizado de múltiples maneras: en la gastronomía, en la medicina como energizante y analgésico.

Son evidentes y comprobadas las múltiples utilidades y los beneficios de la hoja de coca, que no guardan ninguna relación con el uso y el valor que le han querido otorgar como droga. Bolivia está dando batalla en todos los foros para revalorizar a nivel internacional la hoja de coca. Y a nivel local estamos en un proceso de nacionalización de la lucha contra el narcotráfico. Hemos sacado a la DEA de nuestro territorio, y hemos invertido más de 40 millones de dólares en crear y ejecutar un plan integral y una Unidad Ejecutora de la lucha integral contra el narcotráfico. Todo esto ha de hacerse respetando la soberanía de Bolivia y su cultura ancestral.

Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

# EL SISTEMA PENAL DEBE DEVOLVER AL SISTEMA DE SALUD LO QUE LE ES PROPIO

**Eugenio Raúl Zaffaroni**

Abogado, doctor en Ciencias Jurídicas y Sociales por la Universidad Nacional del Litoral (Argentina). Ministro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina desde 2003. Profesor Emérito de la Universidad de Buenos Aires. Premio Estocolmo de Criminología 2009.

Las actividades ilícitas no dejan de regirse por las leyes de los fenómenos económicos ni por las de oferta y demanda. Si tenemos una demanda más o menos rígida y una oferta que limitamos fuertemente a través de la prohibición, como es natural, la rentabilidad que va a obtener la empresa ilícita que se ocupe de llenar ese agujero del mercado es de una altísima rentabilidad. Esa altísima rentabilidad se potencia cuando se generan economías complementarias. No solo se potencia, sino que incluso adquiere un enorme poder de corrupción.

Este es el costo que debe tenerse en cuenta cada vez que el sistema penal interfiere en el mercado, es decir, cuando intenta contener la criminalidad de mercado, por lo general designada con el nombre de “crimen organizado”. No tomar en cuenta esta regla y prescindir del costo social de este fenómeno tiene consecuencias paradójales de imponderable gravedad.

No hay crimen organizado sin un cónyuge inseparable, que es la corrupción de determinados estamentos estatales; no necesariamente de la cúpula del poder, sino de alguno de sus niveles. Es sabido que en cualquier país, uno de los segmentos que es más vulnerable a la corrupción, por su carácter de árbitro selectivo que tiene en la estructura, es el sistema penal; esta vulnerabilidad se agudiza en contextos institucionales débiles que, por lo general, corresponden a sociedades muy estratificadas y con marcada polarización de riqueza.

Ante el fracaso de la intervención del sistema penal, hubo países que incorporaron a las fuerzas armadas en la llamada “lucha contra el crimen organizado”. El experimento no ha resultado más que en desprestigio de estas y en

buena parte en corrupción, o sea, con su incorporación a lo que parece casi un programa de desbaratamiento institucional. Es decir, en toda la criminalidad de mercado la prohibición y el control penal no tienen efecto erradicador sino limitante, lo que se traduce en un mayor precio del servicio ilícito. Reduce la oferta y mantiene rígida la demanda. El precio sube, las rentas ilícitas se potencian. Se acumula mayor capital ilícito.

El sistema penal siempre es selectivo y hace lo más fácil, que es eliminar a los más débiles. De este modo elimina las pequeñas y medianas empresas del servicio ilícito y provoca una concentración de actividad y capital en las más fuertes y sofisticadas. Opera como un mecanismo de concentración de capital y a favor de un monopolio u oligopolio del servicio ilícito. La empresa ilícita concentrada es más poderosa incluso en su capacidad corruptora de los estamentos del Estado, lo que le permite romper más barreras institucionales, con deterioro de las instituciones y peligro para la democracia, pues es fácil que se simbiotee con actividades lícitas.

Este es el círculo vicioso en el que nos hemos metido con motivo del llamado “crimen organizado”. La política mundial en materia de tóxicos prohibidos ha seguido ese camino. Los resultados están a la vista en particular y de modo letal en nuestro trágico continente.

No conozco estadísticas sobre muertos por sobredosis de tóxicos prohibidos clásicos, pero creo que tenemos más muertos por la violencia generada por el crimen organizado del tráfico de tóxicos que los que tenemos por efecto del abuso de tóxicos prohibidos. Excluyo al alcohol por no ser un tóxico prohibido, pero destaco, de paso, que en la región es una de las principales causas de muerte por tóxicos, de violencia familiar y el más criminógeno.

Este panorama debe alertarnos sobre el efecto económico que tiene en América Latina. Disculpen que hable de economía, pero si no hablamos de economía en esto, estamos perdidos. La acumulación dineraria del crimen organizado –en el cual entran tóxicos prohibidos pero también armas, tráfico de personas, de marcas falsas, de medicamentos adulterados, etcétera–, cumple una función macroeconómica.

Desde América Latina no podemos ignorar las convenciones mundiales, pero debemos comenzar por observar qué nos pasa en el ámbito local. En términos económicos, desde la posguerra hasta hoy los traficantes lograron insertar en los mercados centrales lo que no pudieron hacer nuestros exportadores honestos, o sea, colocar un producto de economía casi primaria a alto precio en esos mercados.

Como la ilicitud del tráfico nos impide controlar la calidad de lo que se exporta y de lo que se consume, y esto nos ha generado un problema interno que incide altísimamente sobre la salud. Como siempre que no se controla, o incluso cuando se aflojan los controles, se exporta lo mejor y nos quedamos con la basura, y hay un uso y abuso selectivo interno de basura.

Tengo mis serias dudas sobre el camino por el que vamos en el mundo contra el crimen organizado, pero creo que se puede hacer una lucha interna contra la basura sumamente eficaz.

En la estratificación social del consumo de basura, como es natural, la peor parte la reciben los segmentos más carenciados de nuestra sociedad y, en especial, los niños y adolescentes de ese segmento. Cada uno de nuestros países tiene una porquería bastante parecida a lo que en la Argentina se denomina paco. Detrás de eso no hay una estructura de crimen organizado fuerte, porque son producciones más o menos artesanales. Hay pequeñas mafias barriales, locales, con organizaciones ilícitas de carácter urbano. No tenemos una estructura ilícita con una organización mundial ni una acumulación de capitales grande.

Creo que frente a ese tráfico, se puede lograr su erradicación de una forma eficaz. Pero para eso, no tenemos que seguir distraiéndonos más. Es decir, toda esta política pretendidamente penal que prometía erradicar el tóxico, salvar a la juventud y otras consignas publicitarias parecidas, lo que ha conseguido es hacer propaganda y difundir los tóxicos, aumentar su consumo, identificar falsamente a cualquier consumidor con un dependiente y a un dependiente con un criminal, y potenciar las organizaciones ilícitas que prestan el servicio de distribución en forma funcional a los intereses de los prestadores más fuertes y peligrosos, sin contar con la altísima violencia y los problemas institucionales que todos conocemos en la región y que por ende, huelga detallar aquí.

Los esfuerzos de carácter penal los tenemos que concentrar sobre los tóxicos más terribles, los tóxicos de mayor impureza, los que van aniquilando la vida de nuestros adolescentes de los sectores carenciados de toda nuestra región. Allí creo que podemos tener éxito.

Para eso debemos tener en cuenta que el sistema penal tiene un poder limitado. Las policías pueden realizar determinado número de procedimientos, los tribunales pueden tramitar determinado número de causas, en las cárceles puede haber determinado número de personas. Si exageramos eso, reventamos el sistema en cualquier país. A quienes pretenden ampliar el sistema penal en forma ilimitada les recomendaría que miren el efecto que eso ha producido en el modelo estadounidense, que por otra parte es inimitable en cualquier otro país en razón de obvias limitaciones presupuestarias. Para concentrar los esfuerzos en los tóxicos prohibidos más letales que tenemos en nuestra sociedad no podemos permitirnos distraer los esfuerzos de nuestros limitados recursos penales.

Desde el comienzo de esta política represiva en materia de drogas hubo maniobras de distracción que llevaron a realizar esfuerzos que tuvieron un efecto paradójico. Fundamentalmente, ha distraído ingentes esfuerzos en la criminalización de usuarios que no eran siquiera dependientes. Ese camino absurdo ha llevado a una interferencia negativa del sistema penal en el trata-

miento de salud. Si a alguien hay que sacarlo del abuso o de la dependencia de un tóxico prohibido, lo que se debe intentar en cualquier caso es modificar su autopercepción, su propia imagen, independizar su autoestima del tóxico, lograr que no se defina a través de este: “soy un ser humano, una persona, no un ‘mano’ algo”.

El ejercicio del poder punitivo hace exactamente lo contrario, tiene un inevitable efecto estigmatizante que le fija el rol desviado. Lo penal pone un sello que estigmatiza y en el caso del dependiente fija su identificación con el tóxico, lo cual interfiere en cualquier tratamiento que trate de alejarlo de éste y hacerle cambiar su autopercepción y su autoestima. Todo esto sin contar con la originalidad de la ley vigente que, aunque es insólito, obliga al dependiente a un tratamiento, o sea que le reconoce su condición de enfermo, pero si el tratamiento no tiene éxito le impone una pena; es decir que lo pena por ser enfermo no curado. Se trata de una omnipotencia legislativa muy particular, espero que no cunda el ejemplo con otras enfermedades.

Todo eso ha llevado a un dispendio de la actividad policial y judicial, de esfuerzo humano y presupuestario, absolutamente ineficaz. Hemos llenado nuestros juzgados federales de causas a meros usuarios, hemos estigmatizado a miles y miles de personas sin sentido alguno, hemos facilitado la corrupción de nuestros sistemas penales brindándoles oportunidades de extorsión a personas que no ponían en peligro a nadie ni a nada, hemos creado dificultades laborales a miles de jóvenes en tiempos difíciles y quizá los hemos lanzado a carreras ilícitas por efecto de las consecuencias de la inútil estigmatización penal.

No podemos dejar de centrar nuestros esfuerzos en la represión del tráfico ilícito de tóxicos, aunque creo que lo que estamos haciendo con el crimen organizado es paradójal. En algún momento el mundo va a tener que reaccionar, lo creo porque siempre soy optimista, pero en tanto debemos cumplir con las obligaciones internacionales. Pero para ello debemos concentrar nuestros esfuerzos, no distraernos persiguiendo a quienes en el peor de los casos son víctimas actuales o potenciales.

En lo inmediato podemos y debemos reencauzar la acción penal hacia la erradicación del pequeño tráfico de los tóxicos residuales más nocivos, donde el éxito es factible. Creo que la interferencia del sistema penal ahí puede erradicar ese tráfico. No es un gran negocio, no tiene una rentabilidad tan alta, su rentabilidad proviene por la pasividad y no del alto costo.

Para poder operar con alguna eficacia respecto del tráfico y con mucha respecto de los tóxicos más nocivos –por no decir venenosos– es necesario que tengamos clara conciencia de las limitaciones del sistema penal y no desperdiciar los esfuerzos.

Nunca confío mucho en el sistema penal ni en el poder punitivo, porque prometió siempre demasiadas cosas y no logró casi ninguna, pero en esto creo que podríamos tener éxito. De cualquier manera, creo que vale la pena

intentarlo y hacer el mayor de los esfuerzos en este aspecto. Además, el sistema penal debe devolver al sistema de salud lo que es propio de éste, o sea, valga la redundancia, devolver al sistema de salud el problema de salud.

Ningún problema puede resolverse de forma satisfactoria cuando se lo extrae del ámbito que le corresponde conforme a la *naturaleza de las cosas*, porque es allí donde encontrará solución, si es que la tiene. Si no tuviese solución en el ámbito que corresponde a la naturaleza del problema es absurdo darle una naturaleza artificial y pretender de ese modo resolverlo. Esto no es más que inventar una solución falsa para proyectar una imagen también falsa de solución.

Frente a problemas que comprometen la salud y la vida de miles de personas, las soluciones falsas no son éticamente admisibles, por mucho que desde la política sean funcionales.



Buenos Aires, 6 de agosto de 2009.



# DROGAS. YO CAMBIÉ DE OPINIÓN

**Jorge Da Silva**

Coronel retirado de la Policía Militar de Río de Janeiro (Brasil). Graduado en Derecho y Letras, magister en Ciencia Política e Inglés, doctorado en Ciencias Sociales por la Universidad del Estado de Río de Janeiro (Brasil) y posdoctorado por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Profesor asociado de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, coordina los estudios e investigación sobre Orden Público, la Policía y los Derechos Humanos, y es investigador invitado en el Centro de Estudios de la Universidad Federal Fluminense (Brasil). Integra la Comisión Brasileña sobre Drogas y Democracia. Fue subsecretario de Estado y jefe del Estado Mayor, coordinador del Sector de Seguridad, Justicia, Ciudadanía y Defensa Civil y secretario para los Derechos Humanos, todos cargos desempeñados para el Estado de Río de Janeiro.

Quisiera contribuir al debate a partir de relatarles los cambios que se fueron dando en mi manera de entender la cuestión de las drogas a lo largo en mi carrera militar y como académico en la Universidad del Estado de Río de Janeiro.

Quizás este sea un momento en el que podamos contribuir con un poco de sentido, un poco de sensibilización, para modificar en los niveles local, regional y tal vez internacional, el modelo represivo que domina las actuales políticas de drogas, incluso aquellas que emanan del principal órgano de defensa de los derechos humanos, la ONU.

Estamos aquí reunidos como actores sociales porque participamos de esta problemática, en tanto consumidores de drogas ilícitas o lícitas. Si nosotros estuviésemos en un país musulmán no podríamos tomarnos nuestro vaso de whisky. El punto que quiero señalar es que la cuestión de las drogas es ante todo política, de intereses políticos estratégicos. Todas las personas son de alguna forma, directa o indirectamente, afectadas por esta problemática, desde el momento en que la cuestión de las drogas es una cuestión de humanidad y una cuestión de derechos humanos. Si estamos hablando de derechos humanos no podemos acordar con los métodos, con las prácticas que son adoptadas en el mundo entero para intentar resolver el problema del uso abusivo y del tráfico de drogas.

Yo serví a la Policía Militar por casi 33 años y por lo menos durante unos 20 tenía una concepción represiva. Para mí era necesario reprimir también a los usuarios, participaba de una lógica en la que el usuario es el que ali-



menta al tráfico. Y esa concepción cambió totalmente para mí. Reproduzco a continuación un texto escrito con anterioridad que relata cómo se operó ese cambio en la concepción del tema drogas:

“Drogas. Yo cambié de opinión. En los tiempos en que era Policía Militar, yo creía que los usuarios de drogas debían ser reprimidos con el mismo rigor que los traficantes. Sin embargo, por más que los gobiernos y la policía se empeñaban (hasta las Fuerzas Armadas fueron empleadas en Río de Janeiro) nada cambiaba, o mejor dicho, cambiaba para peor: más traficantes, más usuarios, más tiroteos, más muertes, más comunidades dominadas por ‘comandos’, más asaltos, más grupos de muerte en túneles y autopistas. La verdad que lo que hacíamos, o mejor dicho, lo que seguimos haciendo es intentar ‘secar el hielo’. Después, confundiendo usuarios con dependientes, creí que los usuarios necesitaban de cuidados médicos. Más tarde me di cuenta de que eran los dependientes los que necesitaban de esos cuidados. También sostenía que el alcohol, el cual yo consumía y consumo, no era perjudicial si se tomaba con moderación, al contrario de la cocaína y de la marihuana, drogas que para mí eran cosas del demonio, camino inevitable para la degradación moral y mismo para la muerte. Me incomodaban las campañas sobre la descriminalización, la legalización, etcétera, por dos motivos: primero porque veía en los discursos públicos de sus defensores un incentivo al consumo, y segundo porque temía, en caso de efectuarse la legalización, que hubiese una carrera desenfadada a las drogas. Me imaginaba personas tomadas por el vicio, con los ojos rojos, tiradas en las veredas, es decir como vemos a muchos adictos al alcohol. No entendía que en las campañas antidrogas, al mismo tiempo que se decía que era un camino sin regreso, presentaban muchos relatos de personas que habían ‘tocado fondo’ y habían logrado recuperarse, volviéndose personas productivas y ejemplos de ciudadanía. Entonces, un joven usuario concluía diciendo: si es así, cuando quiera puedo parar. Llegaron noticias de que en varios países se había despenalizado el consumo, sobre todo de la marihuana, liberando al usuario de cumplir una pena. Y uno de mis temores disminuyó cuando supe lo que aconteció en Portugal. En 2001, después de mucha polémica, el parlamento portugués aprobó una ley que despenalizaba el consumo y la posesión de pequeñas cantidades para el consumo personal, no solamente de marihuana sino de todas las drogas. Como era de esperar, hubo protestas de todas partes: la mayoría de las personas aseguraban que el consumo aumentaría de forma exponencial y que Portugal se transformaría en un centro de adictos dentro de Europa. No fue lo que sucedió. Estudios recientes, inclusive de la Oficina de la ONU para las Drogas y el Delito, revelaron que el consumo de marihuana y de cocaína disminuyó, sobre todo entre los jóvenes, y que el temor de que el país se transformara en un paraíso de las drogas era una exageración. El objetivo de los gobiernos a nivel mundial a través de la ‘guerra contra las drogas’ es llegar a un mundo sin drogas y esto, más que una utopía, es una completa insensatez. Y teniendo en cuenta los daños so-

ciales que resultan de la ‘guerra contra las drogas’ cambié de idea en relación a mis tiempos de Policía Militar: las drogas, lícitas e ilícitas, son una cuestión social importante y no una cuestión policial. Me hago eco de aquellos que en Brasil defienden la despenalización del consumo de la marihuana. ¿Por qué no estudiar mejor el modelo portugués? ¿Qué se puede hacer en lugar de reprimir? Prefiero antes que la represión, una combinación de educación, familia, valores y tratamiento para quien lo desea”.

Este texto fue publicado y divulgado, e inmediatamente generó repercusiones y muchas discusiones, algunas voces se levantaron a favor y otras en contra. Entiendo que podemos hablar de derechos humanos y políticas de drogas, pero tenemos una gran contradicción en la generación de las políticas. La ONU es nuestro gran bastión en la defensa de los derechos humanos, sin embargo, nosotros estamos luchando para que modifique su manera de encarar el problema.

Creo que las personas están preocupadas con los daños individuales, como la salud y la familia, pero muchas veces no perciben los daños colectivos. Nosotros vemos una matanza desenfrenada en Río de Janeiro y prácticamente en todas las ciudades brasileñas, y cuando la gente me dice: “Son delincuentes”, yo contesto, “son delincuentes, pero esos delincuentes que están muriendo son brasileños y la policía que es muerta por esos delincuentes son brasileños también. Y los que mueren por bala perdida son brasileños también. Creo que estamos frente a una situación en la que brasileños matan a brasileños”.

Los brasileños están muriendo porque alguien alguna vez decidió que esto es una guerra que debe ser combatida con armas, policía, prisión, ejército, marina y aeronáutica. Nosotros estamos acompañando idiotamente esa irracionalidad. Hoy yo pongo el foco en los daños colectivos. Tenemos que caminar en el rumbo de “invadir socialmente” las comunidades y trabajar con racionalidad para evitar los daños colectivos.

■  
Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.



# REFORMAS LEGISLATIVAS EN AMÉRICA LATINA

La legislación sobre estupefacientes y psicotrópicos en Latinoamérica se ha ido desarrollando y endureciendo a lo largo del siglo veinte. Dentro de ella, la respuesta penal ha sido la privilegiada. En su recorrido se advierten tanto actores internos como externos. Entre los últimos se observa la influencia de las convenciones de la ONU sobre estupefacientes y psicotrópicos, y de los Estados Unidos de América. Si bien esto se aprecia con más nitidez a partir de la década de 1970, luego de la aprobación de la Convención Única sobre Estupefacientes (Nueva York, 1961), se acentúa en las siguientes, tanto con la declaración de la “guerra contra las drogas” de Richard Nixon (1971), como con la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (Viena, 1988).

Aun cuando en los países de nuestra región, durante gran parte del siglo pasado, no existió un problema de envergadura con la oferta y la demanda de estas sustancias se fue desarrollando legislación penal con una matriz común. Poniendo el eje en la tenencia o posesión de estas drogas se fue prohibiendo el cultivo, la producción, el tráfico y, en muchos países incluso, las conductas de los consumidores. Este marco normativo, sumado a las prácticas de las agencias penales, produjo un aumento de la aplicación de la herramienta penal, que tuvo como resultado la criminalización de los actores menores de este fenómeno. Por un lado, su utilización respecto de los consumidores agravó la situación de los consumos problemáticos, necesitados de respuestas socio-sanitarias. Y en aquellos de consumos no problemáticos los vinculó con el sistema penal y todas sus consecuencias: desde el estigma y demás secuelas de tener una causa abierta, hasta la posibilidad de terminar privados de la libertad.

Al mismo tiempo, en las últimas décadas del siglo pasado, las cárceles de la región vieron cómo fue aumentando en su población la proporción de pequeños actores de las actividades de producción y tráfico. Desde pisadores de hoja de coca, pasando por transportistas (algunos haciéndolo en el interior del cuerpo, con elevado riesgo de sus vidas), hasta vendedores de los barrios de las grandes ciudades. En varios de los países de la región se constata entre ellos gran cantidad de mujeres y extranjeros y, en ocasiones, se advierten distintas situaciones de vulnerabilidad.

La acentuación de estos aspectos ha generado un creciente debate sobre la forma en que se lleva adelante la política sobre estupefacientes y psicotrópicos, en especial en lo que se refiere a su respuesta represiva. Esto produjo algunos cambios, tanto en la letra como en la aplicación de esta legislación en la región. En 2006, Brasil modificó su legislación, suavizando el tratamiento penal respecto de los usuarios; y si bien agravó las sanciones para los delitos de tráfico, introdujo la posibilidad de reducir la pena a los pequeños actores, aunque esto se habría aplicado de forma restringida. En 2008, Ecuador indultó a más dos mil personas condenadas –que no fueran reincidentes y que hubieran cumplido parte de su sentencia– por transportar estupefacientes en cantidades menores de dos kilos. El mismo año, una reforma de la Constitución definió las adicciones como “un problema de salud pública”. También se proyectó modificar la legislación penal sobre estupefacientes, aunque aún no se concretó. En 2009, la Corte Suprema de Argentina consideró que punir la tenencia de estupefacientes para consumo personal violaba la Constitución Nacional y actualmente existe un intenso debate a partir de varios proyectos que proponen derogar ese delito y el cultivo para consumo, entre otras reformas. También en Uruguay se ha presentado un proyecto de ley que permite el cultivo para el propio consumo, tomando como medida la cantidad de ocho plantas.

El presente capítulo trae distintas exposiciones de funcionarios, magistrados y legisladores que recorren la evolución de la legislación de los países mencionados, el estado de la cuestión en los últimos años y los desafíos que deparan las futuras reformas legislativas. Esperamos que estas reflexiones contribuyan en los distintos procesos de reforma hacia políticas de drogas más equilibradas y humanas.

## **R. Alejandro Corda**

Abogado por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Es integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil y del Proyecto UBACyT SO44 “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

# ¿ES POSIBLE LA ARMONIZACIÓN LEGISLATIVA EN MATERIA DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA?

**Mónica Cuñarro**

Abogada. Magistrado fiscal, en uso de licencia. Licenciada en Administración de Justicia con especialización en Derecho Penal por la Universidad de Buenos Aires (Argentina) y profesora adjunta regular en la misma institución. Al momento de la presentación coordinaba el Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja. Actualmente es Secretaria Ejecutiva de la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción, Jefatura de Gabinete de Ministros de la República Argentina.

Quisiera comenzar a través de la formulación de algunos interrogantes que se me han planteado. Cuando uno hace análisis de las normas penales especiales en toda América Latina, encuentra puntos en común. Luego de encontrar estos puntos en común uno debe preguntarse ¿para qué se inventó el Derecho Internacional? El Derecho Internacional público es aquella rama del Derecho que trabaja normas comunes en un mundo global, luego los Estados, en forma positiva deben acatar esas normas y en caso de no hacerlo incurren en sanciones internacionales o pueden ser denunciados por incumplimiento.

La segunda pregunta es reflexionar sobre si el derecho internacional público es lo mismo que lo que se denomina el “bloque de instrumentos de derechos humanos”. ¿Cuándo nacen? ¿Cómo se conforma ese bloque? Hacer una revisión sobre qué países de América Latina adhieren a estos instrumentos de derechos humanos, en tanto su incumplimiento conlleva a sanciones de tipo internacional.

La tercera pregunta, ya en América Latina, es ver concretamente de qué manera tienen diseñada su legislación sobre Salud Pública y en especial el tema de la tenencia, que es uno de los puntos de la legislación penal.

La cuarta pregunta es si es posible, en América Latina, armonizar la legislación más allá de las problemáticas específicas que cada país tenga. Es distinto el país que es productor del que es consumidor y de aquel que es de tránsito.

Y por último, una vez respondidos estos interrogantes, ¿en qué puntos se puede plantear una armonización de la legislación?

Ante la primera pregunta, el Derecho Internacional nace en la mitad del siglo XX, es un avance democrático mundial. Nace como corolario de lo que es el genocidio nazi, al mismo tiempo que nacen los primeros instrumentos de derechos humanos. Es muy importante recordar esto por dos motivos: en primer lugar, porque hace unos meses se cumplieron 60 años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y tal vez es importante volver a repasar por qué surge, después de la II Guerra Mundial, el primer instrumento de derechos humanos. Desde el punto de vista del Derecho, surge como un instrumento mundial para poner límites a los Estados cuando avanzan con el poder punitivo y violentan garantías individuales de los ciudadanos. Ese es el sustrato político del nacimiento de los instrumentos de derechos humanos.

En segundo lugar, el elemento que se tiene en cuenta con el nacimiento del derecho público internacional y el de derechos humanos, es el de la cooperación. Luego del nacimiento de los Estados, tal como los conocemos después de la Revolución Francesa, se tiene que trabajar con instrumentos legales de cooperación en materia internacional. Es decir, respetando la soberanía de cada uno de los Estados, ¿cuáles van a ser los mecanismos legales de cooperación penal internacional, para vincularse en forma bilateral o multilateral entre los países?

En 2009 es necesario repensar y recuperar estas dos premisas fundamentales en lo que tiene que ver con el tema específico de las políticas públicas en materia de drogas. Porque el fenómeno de las drogas no solamente ha traspasado las fronteras nacionales de todos los países de América Latina y el mundo, sino que ha generado la pronta necesidad de una interacción rápida y de cooperación internacional para fortalecer lazos internacionales, y en muchos casos también para evitar violaciones a los derechos humanos.

Sin embargo, en muchas ocasiones, en América Latina, algunos intentos estatales de generar políticas comunes han tenido tropiezos, fracasos y retrasos, sobre todo en lo que tiene que ver con la promoción de medidas de respeto a los derechos humanos. En mucho de esto tiene que ver la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) que ha llegado a extralimitarse en sus funciones originariamente encomendadas, que son los artículos 54, 55 y 56 de la carta original de la ONU. Baste el ejemplo de la postura tomada por la JIFE en el caso del uso tradicional de la hoja de coca en la comunidad andina y específicamente en el caso de Bolivia.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> N. de la E.: Sobre esto, el informe 2009 de la JIFE dice: "Mientras la hoja de coca siga sometida a fiscalización internacional, el Estado Plurinacional de Bolivia, en su calidad de parte en la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, deberá velar por el pleno cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de ese tratado, incluida la obligación de acabar con todos los usos de la hoja de coca con fines distintos a los previstos en la Convención".

Las políticas de drogas llevadas adelante solamente desde el punto de vista represivo han resultado un fracaso. Porque no se han erradicado los cultivos, el consumo ha aumentado, y en el medio de todo esto lo que advertimos es una gran retracción de los derechos de los ciudadanos. Es decir, un avance de los Estados policiales por sobre las garantías de los ciudadanos. Por eso señalo que hay que recuperar la base de por qué se crearon los instrumentos de derechos humanos, que son instrumentos que tenemos los ciudadanos para ponerles un límite a los Estados, a los Estados policiales cuando quieren avanzar en el abuso de las garantías.

A partir de esto, en América Latina, en el lapso de 10 años, se han producido legislaciones que son casi todas iguales. En la década de 1980, los legisladores votan leyes especiales en materia de drogas: Bolivia en 1988, Brasil en 1976, Chile en 1985, Ecuador 1990 y 1992, Paraguay en 1972, Perú en 1978, Uruguay en 1974, Venezuela en 1993 y Argentina en 1989. Todas en el lapso que va de fines de la década de 1970 y el fin de la siguiente. Las leyes especiales suelen tener el problema de estar escasamente vinculadas con la integralidad de los códigos legislativos en cada país. En general, todas las legislaciones reprimen el consumo, a excepción de Uruguay, que fue el único país que en 1974 mantuvo una postura de reforma a la ley en sus artículos 31 y 40.

Luego de esta década vemos nuevos cambios legislativos en la región. ¿Por qué? Se dan situaciones similares en todos los países de la región: más del 50% de las personas son detenidas con ínfimas cantidades; no tienen antecedentes penales; son detenidos en la vía pública, lo que significa que las fuerzas de seguridad no han desarrollado tareas de inteligencia; no se llega a los sectores medios y altos de las organizaciones criminales; se llenan las cárceles de mulas; por parte de los Estados, no hay inversión en asistencia ni prevención; existe abandono de espacios que son propios del control administrativo de los Estados, por ejemplo, el control sobre los horarios, la venta de bebidas alcohólicas o la permanencia de menores en los locales bailables. El cumplimiento de estas normas es parte del control administrativo, no del derecho penal.

Existe un abandono del control de medicamentos. En la Argentina, en 1990, hay un decreto que permite la liberalización total y absoluta del acceso a los medicamentos de venta libre. Muchos medicamentos que son de venta bajo receta son sacados de la esfera del control de la autoridad sanitaria para pasar a ser vendidos en boliches y en quioscos, como parte del interés económico que tienen los laboratorios.

Existen en Argentina trabajos de investigación de la Universidad Maimónides que demuestran que hay 21.000 muertos por año por consumo de medicamentos de venta libre. Otro estudio de la cátedra de toxicología de la Universidad de Buenos Aires muestra que la principal causa de abuso tiene que ver con el alcohol y los tranquilizantes, luego por las sustancias ilegales y por problemas de nuevas adicciones por la automedicación. En nuestro país



existe una regulación sobre la venta de medicamentos demasiado generosa, que no existe en otros países. Modificar esta situación no pasa por el derecho penal, sino que tiene que ver con el ejercicio del Estado en sus controles sanitarios y la modificación de aquel decreto de 1990.

En el campo penal, tenemos una situación carcelaria que está saturada por el “chiquitaje”. Como los presupuestos en nuestros países latinoamericanos son mínimos, son pobres, los sistemas penitenciarios se resienten, las cárceles se llenan, donde tiene que haber 5 presos hay 100. En nuestros países no tenemos recursos para que todo sea una gran cárcel.

Un fenómeno interesante, que ya fue señalado por Nils Christie, es el de tercerizar la economía a través de la creación de cárceles. En los Estados Unidos hay casi más cárceles que gente por cada Estado, y hay Estados completos que viven de la industria carcelaria, esto tiene que ver con sus presupuestos y su economía. En el caso de nuestras economías, un fenómeno así no se resiste. Es decir, aumentar los impuestos 10 veces para tener más cárceles es imposible. Hay que apelar a criterios lógicos cuando se reforma una ley. Si queremos penalizar todo, tenemos que tener la cantidad de jueces, fiscales y cárceles necesarias. De lo contrario, lo lógico sería apelar a decisiones de política criminal que lleven a la prisión los casos graves, y utilizar penas alternativas como *probation* y otras medidas para el resto de las situaciones.

Hay otras preguntas para hacer, ¿es posible la armonización de normas en común en América Latina? Todos los países de América Latina son signatarios de lo que se llama el bloque de instrumentos de derechos humanos, por lo que esto es un gran avance para trabajar cualquier proceso de armonización normativa. Los instrumentos son: la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la convención americana de derechos humanos conocida como Pacto de San José de Costa Rica; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer; la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención Interamericana sobre la Desaparición Forzada de Personas; y la Convención Sobre la Imprescribibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad. Todos estos tratados, que forman el bloque de derechos humanos, están firmados por todos los países de América Latina. La única diferencia que hay es la jerarquía que cada país les otorga, pero en definitiva conforman deberes y acciones positivas para todos los Estados, y su incumplimiento genera sanciones de tipo internacional.

¿Cómo compatibilizar las convenciones internacionales sobre estupefiantes con los instrumentos de derechos humanos? Desde el punto de vista del Derecho, tenemos reglas que dicen que los tratados tienen jerarquía superior a las convenciones. Es decir, las convenciones tienen un rango inferior

a los instrumentos de derechos humanos. En el caso que algún país le haya dado igual rango, es necesario señalar que ante la contradicción entre el derecho a la salud, por ejemplo, y la persecución, la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos dice que debe privilegiarse aquel derecho que sea más amplio en cuanto a la protección de la dignidad humana. Con esto reafirmo que siempre los tratados de derechos humanos van a estar por encima de las convenciones.

En el caso de la Convención Internacional contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, de 1988, la cooperación internacional no se llevó a cabo. En América Latina tenemos casos de denuncias de países donde con un avión se llevan a una persona para ser acusada de X delito, nadie sabe a dónde se la llevan ni por qué se la juzga. Se conocen denuncias del parlamento de Canadá en lo que ha sido una investigación sobre la propia responsabilidad del gobierno de Canadá en relación a la detención de un ingeniero canadiense con su esposa, también canadiense pero con familia en Irán, donde fueron a visitarla con sus hijos, y volviendo al país el avión hace escala en los Estados Unidos y quedan detenidos durante 6 meses. Y no se les imputaba ningún delito. Se dio aviso al gobierno de Canadá, que asiente esta detención. Este hecho genera una gran investigación que termina con responsabilidades para los funcionarios gubernamentales de Canadá por violación de instrumentos de derechos humanos y violación de convenciones bilaterales e instrumentos internacionales en cuanto a cooperación internacional y extradición.

Para finalizar, quisiera mencionar los dos espacios existentes en los que se puede discutir y armonizar la legislación a nivel regional. Uno es la comunidad andina y otros son el MERCOSUR y, recientemente la Unión de Naciones Suramericanas. En el caso del Mercosur, que en su manera de manejarse es una réplica de la manera europea, los Estados consideran obligatorias lo que se conoce como decisiones de mercado común. Desde 1999 hasta 2001 se han aprobado reglamentos para coordinar esfuerzos en el control del tráfico, pero también se ha hablado de la faz preventiva, asistencial y del respeto a los derechos humanos.

¿En qué principios de derechos humanos colisionan las leyes de drogas? En los principios *pro homine*,<sup>2</sup> de libertad, de igualdad ante la ley, de reserva o acciones privadas y de legalidad; las garantías judiciales de debido proceso, el principio del *non bis in idem*<sup>3</sup> y el de proporcionalidad, la prohibición de penas crueles y degradantes y violación de los regímenes especiales en materia de menores.

<sup>2</sup> N. de la E.: El principio *pro homine* refiere a un criterio por el que se debe acudir a la norma más amplia cuando se trata de reconocer derechos protegidos, e inversamente, a la norma más restringida cuando se trata de establecer restricciones al ejercicio de los derechos.

<sup>3</sup> N. de la E.: *Non bis in idem* (No dos veces por lo mismo), es el principio que prohíbe que una persona sea juzgada una segunda vez por el mismo delito.

---

## AMÉRICA LATINA DEBATE SOBRE DROGAS

---

Entiendo que todo espacio amplio de discusión nos tiene que hacer recordar cuáles fueron las bases por las cuales surgen los instrumentos de derecho internacional y de derechos humanos, que es poner límites a los avances de los Estados en los espacios personales. Eso hace a la mejor calidad de derechos individuales de cada uno de nosotros como ciudadanos y refuerza las bases de los Estados de derecho a nivel regional.

■  
Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

# LOS DESAFÍOS DE LEGISLAR EN MATERIA DE DROGAS

**Graciela Giannettasio**

Abogada, especialista en Derecho Administrativo por la Universidad de Buenos Aires (Argentina), y Derecho Administrativo y Administración Pública por la Universidad de Salamanca (España). Fue directora general de Cultura y Educación de la provincia de Buenos Aires, ministra de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, y vicegovernadora de la provincia de Buenos Aires. Diputada nacional en el período 2007-2011, al momento de su presentación presidía la Comisión Permanente de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

Voy a intentar analizar de manera sintética los desafíos que implica el abordaje de legislar en materia de drogas sin considerar, no por obvio, la crisis de valores y fundamentalmente la de la familia, que preceden la temática.

El abandono del estado de bienestar, la sustitución de la cultura del trabajo por el de la especulación, la exacerbación del individualismo con la consecuente ruptura de los lazos de solidaridad y el debilitamiento de las organizaciones sociales como mediadores esenciales a la existencia misma del Estado, nos instalaron frente a una institucionalidad vacía, donde la eficiencia o eficacia del Estado es vista de manera excepcional y no como el sustento natural que le da razón de ser.

La Constitución de 1994, con independencia de las especulaciones o beneficios secundarios pretendidos para su logro, tuvo entre sus incorporaciones valiosas la de los pactos internacionales y con ellos la de instalar, no solo para la legislación penal, sino para el conjunto del plexo normativo argentino, un nuevo paradigma: la vigencia irrestricta de los derechos humanos; en ese correlato debe inscribirse necesariamente una nueva visión de la problemática sobre el uso indebido de drogas, no solo como política de Estado sino, como mecanismo de armonización de la prevención y de la represión en la criminalidad.

También, y en esta dirección, la nueva Constitución implicó aquello que tan sabiamente definió el jurista argentino Arturo Sampay como “el plan con el que el pueblo traza su destino”, y esto implicó el nacimiento de una nueva institucionalidad, que está dada no solo por los nuevos organismos creados

en ella –como los de control, el Defensor del Pueblo, o el Ministerio Público–, sino también por una nueva armonización de los existentes en función de integrar todas las acciones de gobierno de manera articulada y sistémica.

En esta visión no hay ya ministerios de competencia exclusiva y excluyente que puedan ordenar sus actos con prescindencia de los otros, y no será solamente el presupuesto el que fije la medida de la causa de los actos.

Esta apretada síntesis trata de poner en valor la acción del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y del Comité Científico Asesor, que por primera vez enfrentaron la temática que nos ocupa con una visión superadora de la represión criminal y articuladora de la acción de las diversas áreas del Estado, para lograr superar el nicho histórico de las cuentas sobre lo incautado y la publicitación de los excepcionales procedimientos; para consensuar con los ministerios restantes las competencias que cada uno tiene antes de llegar al conflicto con la Ley Penal.

El consumo personal, su penalización y su estigmatización, para justificar en la política de drogas el 70% de la actividad judicial en esta materia, fue utilizado por algunos como un mecanismo para detractar y banalizar el objetivo pretendido, que era que el hilo no se corte por lo más delgado, y procurar el abordaje completo de la problemática sin abandonar la lucha contra el delito de una manera inteligente y sistémica.

Por primera vez en la Argentina empezamos a hablar, sin lograr quizá la comunicación adecuada, del no ejercicio administrativo de funciones encomendadas desde hace mucho tiempo a órganos de otras dependencias que obviaron o dejaron de ejercer controles que le eran propios. De esta manera, se facilitó el ingreso al mercado de sustancias que, por su peligrosidad o su estricta característica, solo pueden ser adquiridas, exportadas o importadas a través de mecanismos propios que estuvieron fuera de control; y de esta manera, simplemente por omisión, aumentaron la oferta y demanda de la que deviene el consumo indebido.

Todos sabemos hoy, y puede resultar vulgar o de cotidiano, hablar de la adquisición de pastillas o medicamentos utilizados habitualmente para la elaboración del desgraciado paco.

Podríamos también mencionar la ausencia de una planificación en materia de salud, que impide el tratamiento no judicializado de las adicciones, fomentando el nacimiento y la proliferación de intentos voluntaristas financiados a veces desde el propio Estado.

La educación, que ha tenido un rol central en la Argentina para el nacimiento de la conciencia nacional y de la movilidad social, no tiene todavía hoy un abordaje ordenado y progresivo para la prevención de la que sin dudas es, junto con la pobreza, la principal causa de desertión y abandono.

El alcohol y el tabaco, que causan muchas más muertes que el resto de las drogas, no tienen hoy, pese a la existencia abundante de legislación provincial en la materia, actividad administrativa que impida o restrinja el consumo. Los más

pobres, los más vulnerables, consumen fundamentalmente alcohol y la actividad administrativa del Gobierno de la Ciudad o de los municipios no los protege ni en la seguridad edilicia ni en el respeto a la veda respecto de los menores.

En este contexto, del que he elegido algunos ejemplos puntuales, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos llevó a cabo una serie de acciones que vale la pena enumerar para comprender cuál es el marco en el que debemos entender y atender una nueva legislación para prevenir del uso indebido y encarar la represión criminal. Este gobierno, por intermedio del Ministro de Justicia, confeccionó un mapa criminal en 2006 y se elevó en 2007. El año pasado realizó una encuesta en 51.000 hogares para medir adicciones a sustancias legales e ilegales, y también para obtener elementos sobre cómo trabajar la prevención y la comunicación, ya que no es lo mismo San Antonio de los Cobres que Trenque Lauquen, nuestro país es federal.

El Comité Científico Asesor del Ministerio de Justicia comenzó trabajando con la Ley de Estupeficientes, pero luego amplió su campo a la modificación de normas no penales, en el marco de los instrumentos de derechos humanos, con miras a lograr la prevención y resocialización. Además, se encuentran abordando el aspecto carcelario, la fiscalización y el control de precursores químicos como elementos para combatir el narcotráfico, pero también para prevenir el avance del paco. A su vez se generan mecanismos para sistematizar la carga de datos y el cruce de variables para evitar la corrupción administrativa, judicial y policial. El Poder Ejecutivo Nacional ha dispuesto un cronograma con los objetivos y plazos a cumplir entre los ministerios que forman parte de este trabajo conjunto.

En suma, no se trata solamente de criminalizar o no la tenencia, se trata sobre todo de mejorar los aspectos preventivos, sociales y de rehabilitación, y de realizar una reforma sobre los temas vinculados con el crimen organizado.

Por último, la política legislativa debe enmarcarse en la misma dirección, esto es, priorizar la prevención fijando las obligaciones de cada uno de los órganos del Estado que tienen a su cargo la salud, la educación y el desarrollo social, el tratamiento del adicto y su rehabilitación social, y el desarrollo de la política criminal, de tal manera que la persecución penal de consumidores y eslabones menores de la cadena de comercialización no encubra fenómenos de corrupción y extorsión.

Este es el desafío que desde la Legislatura Nacional tenemos por delante, mucho más que una coyuntura. De él depende el futuro de la Argentina como patria integrada con ciudadanos plenamente libres y no sujetos a nada más que la ley y no a la fuerza condicionante del abandono y los intereses espurios.

■  
Buenos Aires, 6 de agosto de 2009.



# HACIA UNA POLÍTICA DEMOCRÁTICA DE DROGAS. PROPUESTA DE MODIFICACIÓN DE LA LEY DE DROGAS EN BRASIL

**Paulo Teixeira**

■ Diputado Federal por el Partido de los Trabajadores, São Paulo, República Federativa del Brasil.

En Brasil estamos discutiendo la política de drogas. Entendemos que la política de drogas es un entrecruzamiento de dos políticas: la estadounidense, de guerra contra las drogas, y la europea, de reducción de daños. ¿Cuál es el modelo legal brasileño para las drogas? En el caso del control penal sobre el narcotráfico, la pena mínima es muy alta, son 5 años para el traficante y no considera la posibilidad de la fianza y no es susceptible de perdón o libertad condicional. También está prohibida la conversión de la pena en penas restrictivas de derechos. En síntesis, en temas de tráfico el prohibicionismo es alto. En el caso del control penal del uso de drogas, propone medidas alternativas no privativas de la libertad del usuario. Entonces, las penas para el tráfico son altas, pero no hay penas para los usuarios.

Y hay políticas oficiales de reducción de daños que incluyen intercambio de jeringas para los usuarios de drogas inyectables y de cachimbos<sup>1</sup> para los usuarios de crack. Con todos estos elementos concluimos que el modelo legal brasileño para las drogas es de un prohibicionismo moderado: alta punición a los traficantes, despenalización del usuario y reducción de daños.

Recientemente, en agosto de 2009, fue publicada una encuesta coordinada por Luciana Boiteux y Ela Wiecko sobre las condenas por delitos de tráfico de droga en las ciudades de Río de Janeiro y Brasilia. Fue hecha revisando 391 sentencias entre 2006, fecha de la nueva ley, y 2008, y analizando la aplicación del artículo 33 de la Ley 11.343, que refiere al tráfico. La conclusión es que para

■  
<sup>1</sup> N.de la E: Cachimbo refiere al elemento usado para fumar crack. Una similitud posible sería, para el caso argentino, la pipa para fumar pasta base.



el 66% de los condenados era su primera condena, no había condenas previas por otros crímenes. En solamente el 14% de los casos había uso de armas y el 91% de los casos fueron detenidos *in fraganti*. El 60,8% estaba solo, no había organizaciones que estuvieran detrás o junto con la detención. La conclusión es que estamos llevando a las cárceles a personas que no usan armas, que no tienen antecedentes penales, que no están organizadas y que fueron detenidas al momento de cometer el delito y no como producto de una investigación. Estamos llevando a las cárceles a los pequeños traficantes, probablemente muchos de ellos usuarios que comercian para mantener su uso.

Nuestra conclusión es que la ley de drogas brasileña aumenta el daño a los usuarios, ellos empiezan siendo usuarios, luego trafican para sostener su uso y cuando son llevados a las cárceles ingresan al crimen organizado. El 50% de los condenados ha sido por tráfico menor a 100 gramos de marihuana. Y la mitad de los condenados por tráfico de cocaína lo fue por menos de 21 gramos. Por lo tanto, la ley brasileña agrava los daños de la salud, los daños sociales de los usuarios y también de los que están involucrados en el comercio de drogas. Por lo tanto, la legislación está encarcelando a los que no tienen antecedentes penales, que actúan solos, desarmados, por drogas blandas y que no reciben mayormente los beneficios que la ley permite a los jueces aplicar. Los jueces indagan ¿en qué lugar estaba al momento de la detención? ¿Dónde vive el detenido? Muchos vienen de las *favelas* y los jueces dicen “si vienen de las *favelas* es que están involucrados en redes de comercio”, es un prejuicio social contra esas comunidades.

Estamos discutiendo con el Gobierno brasileño cómo hacer una transición de una política prohibicionista a una política democrática de drogas. ¿Qué sería una política democrática de drogas? Sería de respeto y garantía de los derechos humanos de los usuarios y de todos los involucrados. Una política que no se base en el prejuicio, ni en valores religiosos o valores morales, pero sí en los valores de racionalidad, pragmatismo y proporcionalidad. Esto es, que las penas se apliquen proporcionalmente al contacto que se tiene en la cadena de tráfico de drogas. Hoy se ve que quien es condenado por tráfico de drogas es quien pone las manos en las drogas, porque quien financia no es condenado. Solo se condena a quien es la última parte de la cadena de comercialización, que no tiene fuerza para negociar con la policía.

Otro criterio en una política democrática es el abordaje de la reducción de daños, de acciones de prevención y de garantía de cumplimiento de derechos allí donde hay vulnerabilidad. ¿Cuáles son las propuestas que estamos discutiendo en esta nueva propuesta legal de cambio de la legislación de drogas?

En primer lugar, descriminalización del uso y de la posesión de pequeñas cantidades. En este sentido, el modelo portugués es un ejemplo a seguir, no solo por la identidad cultural, sino porque es bien visto en todo el mundo.

En segundo lugar, introducción de penas alternativas para el tráfico de drogas blandas, sin empleo de armas y sin asociación con organizaciones criminales, y de personas condenadas sin antecedentes penales.

En tercer lugar, diferenciación del usuario y el traficante, que es el modelo holandés que diferencia bien a aquel que comercializa permanentemente del usuario que se involucra de vez en cuando con el comercio.

En cuarto lugar, ampliar las estrategias de reducción de daños para que incluyan lugares habilitados y con asistencia social y sanitaria para el uso seguro de drogas, testeo de la calidad de las drogas usadas y prescripción autorizada de sustancias. También, avanzar en el desarrollo de experiencias de sustitución de sustancias, por ejemplo, el uso de estimulantes que podrían ser aplicados para suplantar al crack.

Y por último, siguiendo al modelo californiano, uso terapéutico de marihuana, autorización de plantíos para uso propio y autorización de la venta de pequeñas cantidades, como es el modelo holandés. Estos cinco puntos son los que permitirían una transición de un modelo prohibicionista hacia uno democrático.

Las tareas que tenemos de aquí en más señalan un diálogo con el Ministerio de Justicia, de Derechos Humanos y la Secretaría Nacional de Política de Drogas. Fue presentada la encuesta referida anteriormente y próximamente se realizará la propuesta de ley con los cinco puntos mencionados. No creo que el gobierno acate todos ellos, tengo fuertes dudas con algunos. El punto más contradictorio es el de la marihuana, sobre el cual todavía hay muchos disensos y discusiones. En los otros hay menores disensos y más consensos.

■  
Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.



# REFORMA DEL TRATAMIENTO DE LAS DROGAS ILEGALES EN ECUADOR

**Michelle Artieda**

Abogada. Al momento de su presentación, se desempeñaba como Secretaria de Planificación del Ministerio de Justicia del Ecuador.

Como inicio a esta presentación, quisiera hacer un marco de lo que está viviendo el Ecuador y cómo se ha dado un cambio en la estructura misma del Estado, para desde ahí partir hacia el tratamiento de las drogas.

La constitución de la República del Ecuador, en el artículo 1, define al Estado como constitucional de derechos y justicia. Este cambio significó la ruptura total al tradicional estado de derecho o, incluso, al estado social de derecho. Al ser el Ecuador un estado constitucional está estableciendo un marco dentro del cual deben encuadrarse todas las personas, ya sean autoridades públicas como particulares. La constitución, a través de los derechos reconocidos, establece vínculos y límites entre los poderes. Por estos vínculos, todo el aparato estatal, incluido el legislativo y el judicial, debe realizar acciones para promover los derechos. Por los límites, el Estado tiene la obligación de abstenerse de intervenir cuando las personas están en ejercicio de sus derechos. En el Estado liberal, en cambio, el poder público estaba sometido a la Ley, que era simplemente una manifestación del poder legislativo. Al ser un Estado de derechos, el Ecuador asume la importancia de los derechos humanos por sobre el derecho concebido como un conjunto de normas jurídicas; y, lo que no es menos importante, reconoce la existencia de otros sistemas jurídicos, tales como el indígena, el regional, el interregional y el universal.

Finalmente, al proponer que el Estado es de justicia se le da un valor a la finalidad del quehacer estatal. La Justicia tiene que leerse a la luz de toda la constitución y se podrá comprender que lo que busca es un modelo de Estado que promueva la equidad y evite la exclusión y la discriminación. En cuanto al sistema jurídico, la creación y la aplicación de las nuevas leyes tienen que estar encaminadas a producir resultados justos. En contraste, el Estado li-

beral propugnaba una preponderancia del mercado y un Estado mínimo en el que podía ser irrelevante la promoción de los derechos y, en particular, aquellos del buen vivir.

En este contexto, quiero hacer una reflexión sobre la actual ley que tiene el Ecuador respecto de las drogas, que es de 1992 y está enmarcada en las doctrinas tradicionales. Ha sido una ley que ha promovido la violación del principio de igualdad ante la ley y la no discriminación, al no reconocer en comisión de un delito los mismos beneficios que el resto de personas. Además, es una ley que ha violado el principio de legalidad en materia penal por cuanto no están definidas, por ejemplo, las cantidades por las cuales se puede penalizar; establece penas no proporcionales y no diferenciadas; esto quiere decir que a un acto de portar ciertas cantidades de drogas, que ni siquiera están determinadas en la ley, pueden sobrevenir penas equivalentes a aquellas que devienen de la comisión de delitos graves, como podrían ser el asesinato, la violación y el homicidio. Adicionalmente, la ley propugnó la criminalización del consumo y, por lo tanto, la violación del derecho de los pueblos indígenas a mantener tradiciones y culturas ancestrales.

En este contexto, hemos mantenido 20 años de vigencia de la ley con graves consecuencias para el sistema. La segunda causa de detención en el Ecuador guarda relación con la tenencia, el consumo o el transporte de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Sin embargo, pocas causas guardan relación con las grandes actividades del crimen organizado de las drogas. Al 2008, 4.572 personas, de las 14.000 privadas de la libertad que tenía el sistema penitenciario del Ecuador, estaban en prisión por motivos relacionados con drogas. De esas, cerca de la mitad fueron detenidas por transportar cantidades menores a dos kilogramos. En respuesta a esta situación, el gobierno ecuatoriano presentó una propuesta, que fue aprobada por la Asamblea Constituyente el 4 de julio de 2008, para indultar a personas condenadas por transporte de drogas (las llamadas “mulas”) que cumplieran ciertos requisitos. Este indulto favoreció a 2.221 personas privadas de su libertad, entre las cuales el porcentaje de reincidencia ascendió al 0,86%, es decir de solo 19 personas.

Las políticas del sistema frente al fenómeno se han concentrado en la seguridad, lo que generó falta de atención en los centros de tratamiento y falta de implementación de medidas de prevención para controlar el fenómeno. Este contexto, que existe, es un contexto que debe cambiar.

¿Qué busca la nueva ley que estamos proponiendo? Impulsa la prevención a través de la información y educación de las personas, el control administrativo de las sustancias estupefacientes y psicotrópicas, un sistema nacional de tratamiento para drogodependientes y otro que promueva la inserción social para quienes han logrado la rehabilitación.

Proponemos algunos principios de aplicación de la ley. En este sentido, se observarán las normas establecidas tanto en la Constitución como en los tratados internacionales de derechos humanos, especialmente en lo referido

a los principios de igualdad, no discriminación, legalidad, proporcionalidad, garantías judiciales y debido proceso. Con eso esperamos dar un enorme avance hacia el tratamiento de las personas que están sufriendo adicciones, y tratar el tema no desde una visión criminalista, sino desde una visión reparadora, que busque un equilibrio en la sociedad y una verdadera justicia, entendida desde los derechos y no desde el Derecho. También es un proyecto de ley enfocado en no criminalizar el consumo, por lo cual ninguna persona podrá ser privada de la libertad por el hecho de consumir o encontrarse bajo los efectos de sustancias ilegales.

En este momento, a pesar de haberse despenalizado el consumo, no se establece una diferencia entre quien es adicto y quien es un consumidor ocasional. Existe una medida por la cual las personas son siempre detenidas y solamente reciben tratamiento aquellas en las que se logra determinar que tienen una adicción. De esta forma, los consumidores que no son dependientes están en una situación de gran riesgo.

Actualmente, el sistema nacional de drogas está concentrado en un único órgano, el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, y esto ha generado un vacío respecto de algunos temas centrales. La nueva ley separará el sistema de abordaje de la problemática de drogas. Por un lado, se trabajará en la prevención, a través de los sistemas de educación formal y no formal, y en el tratamiento de las adicciones a través del sistema de salud pública. Por otro lado, se implementará un sistema de tratamiento de los bienes incautados y todas las situaciones relativas a la seguridad del Estado. Todo bajo un consejo de regulación a cargo del Poder Ejecutivo.

Un gran paso hacia la reforma de la ley de drogas ha sido el tratamiento que la nueva Carta Magna –aprobada en 2008– hace del tema, al establecer en su artículo 364 que “las adicciones son un problema de Salud Pública” y que en ningún caso se permitirá la criminalización ni se vulnerarán los derechos constitucionales de los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos.

■  
Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.



# REFORMA INTEGRAL DE LA LEY DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS EN EL ECUADOR

**Freddy Antonio Pavón Vásquez**

Ingeniero comercial por la Escuela Politécnica del Ejército de Quito (Ecuador). Magister en Administración por la Claremont Graduate School de Los Ángeles y doctor en Administración por la California Pacific University (EE.UU.). Al momento de su presentación era viceministro de Justicia y Derechos Humanos de la República del Ecuador.

El tema que nos ocupa es el de la legalización y las reformas a la ley en el Ecuador. Entendemos que despenalizar todas las conductas que tienen que ver con las drogas, como se hizo en la primera mitad del siglo pasado con relación al alcohol, es un deseo y una necesidad. Los beneficios serían muchos y desde cualquier perspectiva el Estado podría recibir un ingreso adicional por impuestos provenientes del comercio de drogas hasta ahora ilícitas. Los consumidores tendrían control de calidad de las sustancias que ingieren. La sociedad podría luchar de manera decente y eficaz contra la adicción mediante la inversión en el tratamiento a las personas adictas y en las campañas disuasivas del consumo en los medios de comunicación.

De igual manera, como efectivamente se ha hecho con el problema del cigarrillo, hay que reconocer que existirían perjudicados que representan intereses gremiales o de grupos particulares, a los que les conviene la ilegalidad y los beneficios económicos que este mercado genera. Entre estos también están ciertos Estados, que tienen un discurso moral del tema drogas con el que legitiman su presencia e influencia en el mapa geopolítico internacional.

El tema drogas es, sin dudas, un tema sensible políticamente. Hoy en día los Estados contemporáneos no tienen libertad absoluta para regular o desregular sobre el tema. Hay múltiples condicionamientos, que van desde los compromisos internacionales plasmados en instrumentos jurídicos, hasta presiones de carácter económico.

El fenómeno jurídico, sea este de vertiente liberal o comunitarista, conservador o progresista, siempre ha sido globalizado. Desde las revolucio-



nes liberales del siglo XVIII no existe materia jurídica que no responda a las olas de influencia internacional. Quizás el ejemplo por excelencia sea el Código Civil y, en nuestros días, las reformas procesales penales y las innovaciones constitucionales en derechos humanos. La regulación sobre las drogas no escapa a este fenómeno. Llama la atención, desde una mirada superficial, que el órgano que promueve el control de drogas, la ONU, sea al mismo tiempo el que promueva las libertades y los derechos de las personas.

La historia del control internacional mediante el derecho se origina en 1961, se perfecciona en 1988 y se actualiza el discurso en el año 2000. Podríamos afirmar que va desde la creación del peligro de las drogas, pasando por el daño a la salud pública, y llegando hoy a la asociación de las drogas con el crimen organizado y el terrorismo. Estas normas internacionales generaron leyes hermanas en toda la región. Las leyes sobre drogas, y esto se puede apreciar en los distintos ensayos que abordan regulaciones nacionales de distintos países, tienen algunas coincidencias.

En primer lugar son leyes especiales, en el más estricto sentido peyorativo que tiene la palabra especial en el derecho penal; se establece un régimen de excepción en el sistema penal ordinario que va en desmedro de las garantías penales.

En segundo lugar, se crean tipos penales abiertos que pretenden regular absolutamente toda actividad relacionada con las drogas ilegales, atentando contra el principio de legalidad y contra toda técnica legislativa; no se miente ni se afirma que la misma conducta podría estar encuadrada en más de tres tipos penales como tenencia, tráfico, asociación ilícita, venta, etcétera, lo que ha permitido una intolerable discrecionalidad que ha llevado siempre a una arbitrariedad del uso del sistema penal.

En tercer lugar, las penas son desproporcionadas en relación al bien jurídico lesionado –que es difícil de encontrar–; las leyes de drogas fueron pensadas para los grandes traficantes y los carteles internacionales, y fueron aplicadas a los traficantes minoristas y, peor aún, a los consumidores.

En cuarto lugar, se crearon bienes jurídicos abstractos, como la defensa de la salud pública, que no resisten el análisis desde el principio de lesividad.

En quinto lugar, se aumentaron los agravantes, que es una forma sutil de expandir el poder punitivo del Estado.

Y finalmente, en sexto lugar, en términos procesales, se pervirtieron los procedimientos y se provocaron injusticias inaceptables; las leyes sospecharon de los operadores de justicia, en particular de los jueces, creyendo que los grandes traficantes a los que debían juzgar los corromperían. Entonces se eliminó la libertad provisional por caución y se dispuso que todas las órdenes de libertad, antes de ser ejecutadas, debieran ser consultadas al superior, con lo que se instituyó una práctica por la que se presumía la culpabilidad, lo que se conoce como el *in dubio* pro sociedad. Esto prácticamente determinaba

una sentencia, los recursos de *habeas corpus* en los casos de drogas se tornaron inadecuados e ineficaces.

En cuanto a los consumidores, al penalizarse la tenencia y como no se puede consumir sin tener drogas, se presumió que eran traficantes, y en un juicio con privación de libertad debían probar que la droga que tenían era para el consumo. Es decir, sutilmente se penalizó el consumo. Se podría afirmar, como conclusión, que la regulación de drogas presentó una involución en el orden jurídico y, por lo tanto, una amenaza al Estado constitucional de derecho.

Estos estándares internacionales para el control y la represión de drogas se hicieron a espaldas de los de derechos humanos que, paralelamente, se fueron desarrollando a nivel internacional y nacional. El régimen de excepción no solo fue en términos de leyes penales, sino también en instrumentos internacionales.

El impacto de la regulación sobre las sustancias estupefacientes consideradas ilícitas podría ser evaluado como negativo. El énfasis por controlar y reprimir la oferta de drogas ilegales que se concentra en los países del “tercer mundo”, y no en la demanda que derivaría en el control en el “primer mundo”, ha generado muchos más problemas de los que pretende resolver.

El sistema penal agudiza e incrementa los problemas, las formas de destruir los cultivos ilícitos destrozan el medio ambiente. El tráfico ilegal distorsiona los mercados locales y hace trizas el tejido social. También se pueden enunciar y cuantificar daños colaterales por la lucha contra las drogas: confusión de roles entre las fuerzas armadas y la policía, endurecimiento del aparato represivo del Estado, restricción de libertades, inestabilidad política, debilitamiento de la capacidad decisiva del Estado, falta de transparencia y rendición de cuentas. En suma, por medio de las políticas y regulaciones de drogas se genera un Estado favorable a la violación de derechos.

En cuanto a la salud pública, al igual que el exceso de consumo de alcohol o de comida chatarra, el consumo de drogas podría generar un problema de salud pública que hay que abordar. Solo que hacerlo desde la perspectiva penal podría ser contraproducente y, hasta quizás, absurdo. Contraproducente porque los consumidores son las víctimas y absurdo porque la adicción no se soluciona con una pena. De igual modo, resulta absurdo despenalizar el consumo cuando toda actividad para que se pueda consumir es penalizada. Al final siempre acabará sancionándose al consumidor porque tiene que comprar, es un acto de comercio, tiene que poseer tenencia ilícita y tiene que transportar al lugar donde consumiría. En suma, no se puede curar castigando ni castigar curando. Las cifras demuestran el fracaso del uso de la cárcel y su selectividad de las personas más débiles de la sociedad. Si se presta atención a los datos, nadie podría creer que la legislación de drogas protege la salud.

En este contexto, Ecuador está avanzando en términos políticos y jurídicos en la búsqueda de una sociedad más equitativa e inclusiva. Tenemos una nueva Constitución y un mandato para adecuar el sistema jurídico secundario a los derechos y postulados. El tema de drogas no puede ser ajeno a la reflexión y a la necesidad de proponer cambios en nuestro país. La actual ley que controla las sustancias estupefacientes está en franca contradicción con la Constitución. Algunos lineamientos que deben guiar una propuesta normativa apuntan a los siguientes cambios: el poder ejecutivo es el encargado de definir y dirigir las políticas públicas, de acuerdo al artículo 147 de la Constitución. En consecuencia, no puede existir un órgano autónomo encargado de políticas específicas, como el actual Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

Las políticas de salud deben ser concentradas en el ministerio encargado de la salud pública, y no confundirse con las políticas de control y represión. La ley de drogas no debe ser una ley especial, sino que debe incorporarse en la parte punitiva del código penal. Los tipos penales no deben ser abiertos, sino que deben respetar principios de estricta legalidad. Los tipos deben estar redactados de tal forma que no puedan utilizarse varios tipos para las mismas conductas. El principio de proporcionalidad debe utilizarse para distinguir, según la gravedad, las distintas conductas. En función de este principio, las penas deben ser más leves cuando la actividad sea menos perjudicial, así las penas más graves deben estar reservadas para el tráfico internacional y las más leves para el microtráfico.

La presunción de tenencia para el consumo en función de cantidades mínimas y la prohibición de criminalizar a esta persona, debe instituirse a nivel legal. Deben restablecerse todas las garantías del debido proceso a las personas procesadas por el tema drogas.

A partir del nuevo proceso político que vive el país, el Ministerio de Derechos Humanos, Justicia y Cultos ha decidido emprender una urgente reforma integral en materia de drogas. Para ello hemos conformado una Comisión que asume una visión integral del problema en el ámbito nacional, bajo experiencias y prácticas interinstitucionales. De esta manera, de la reforma integral participan entidades como los ministerios de Salud Pública y de Educación, Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y la Dirección Nacional Antinarcoóticos, además de tener una participación coadyuvante de la Secretaría de Planificación y los ministerios de Inclusión Económica y Social, de Relaciones Exteriores, del Interior, y de Seguridad Interna y Externa.

Se ha preferido abordar la reforma desde tres pilares fundamentales: la reforma sobre la administración y gestión de bienes comisados o decomisados en los delitos de drogas, con la articulación de mecanismos adecuados para evitar el perjuicio al Estado, pero también la violación al derecho a la propiedad de personas inocentes; la reforma sobre prevención contra

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

las drogas, que parte de la necesidad de promover y prevenir a la sociedad sobre los riesgos del uso de drogas, controlando asimismo los mecanismos e instituciones involucradas con el tratamiento y la rehabilitación; la reforma en materia penal, que busca generar dispositivos para perseguir a los líderes de la criminalidad que operan detrás de las mafias de las drogas. Al mismo tiempo que graduar las penas en función del principio de proporcionalidad de las personas débiles que caen en su comisión. Vale recordar que, en Ecuador, la pena por homicidio simple es de 8 a 18 años, mientras que por transporte es de 12 a 16 años.

Sin duda, los avances de esta reforma protegen a la ciudadanía de los males provocados por las drogas, con justicia y efectividad y, sobre todo, en estricta aplicación a los derechos humanos.



Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010



# LEGISLACIÓN, JURISDICCIÓN Y POLÍTICA INSTITUCIONAL SOBRE DROGA. APUNTES SOBRE LA SITUACIÓN EN URUGUAY

**Jorge Ruibal Pino**

Abogado por la Universidad de la República (Uruguay). Desde 1977, ocupó diversos cargos en el Ministerio Público Fiscal y en el Poder Judicial de la República Oriental del Uruguay. En 2007 fue designado ministro de la Suprema Corte de Justicia, que presidió durante 2008.

Vamos a considerar en esta presentación lo que ha sucedido en el Uruguay a partir de las leyes referidas a estupefacientes. La primera ley, número 14.294, es de 1974, es un decreto ley dictado en plena dictadura en el Uruguay. Sin embargo, esa ley de plena dictadura establecía en su artículo 31 inciso segundo: “Quedará exento de pena el que tuviera una cantidad mínima destinada exclusivamente a su consumo personal”. Lo que muchas organizaciones hoy reclaman, Uruguay lo tiene desde 1974. Esta ley, en su artículo 17, crea la unidad ejecutora denominada Comisión Nacional de Lucha contra las toxicomanías, que tiene como cometido preparar programas, planes de prevención, tratamientos de toxicomanías, supervisar el desarrollo de dichos programas, proponer al Ministerio de Salud Pública modificaciones legislativas, asegurar el tratamiento gratuito y sobre todo reservado de los enfermos que lo requieran. Además tiene la obligación de coordinar las acciones con la Dirección de Tráfico Ilícito de Drogas.

Leyes posteriores, como la 17.016, de 1998, lo que hacen es mejorar las penalidades de primera que eran severas. Normalmente todos los delitos derivados de estupefacientes tenían penas que no permitían la liberación provisional, eran todas de las que llamamos “de penitenciaria”. De modo que esta segunda ley corrige esto y permite, frente a algunas acciones, el beneficio de liberación provisional.

Posteriormente se fueron haciendo leves retoques, sobre todo mejorando los sistemas de investigación, de lavados de activos, y dando posibilidades para que la Junta Nacional de Drogas pueda utilizar los dineros incautados provenientes del tráfico en distintas formas de ayuda para los centros de asistencia, tratamiento y prevención del consumo de drogas.

La Ley N° 18.362, de 2008, crea los juzgados letrados especializados en crimen organizado. Estos juzgados son dos, inicialmente se habían pedido más, pero por razones presupuestarias fueron solo estos los que comenzaron a funcionar. Su creación fue un tema muy discutido en Uruguay, están instalados desde el 1° de enero de 2009 y, aunque no puedo señalar su éxito, han tenido una actuación en varios casos de crimen organizado con mucha cantidad de dinero involucrada. Y junto con eso, se revirtió el tipo de sustancias incautadas, de una incautación histórica de marihuana pasamos en un año y medio a 2.700 kilos de cocaína incautados y 300 y pico de marihuana. Mucho dinero que, antes de la creación de los juzgados de crimen organizado, no era previsible que se incautara en un procedimiento jurisdiccional.

Y una última ley se dicta en 2009, la Ley N° 18.494, que organiza otras facetas que van junto con la complejización del tráfico y comercio de las drogas, como son la entrega vigilada, el agente encubierto y el colaborador.

Lo importante de señalar es la política institucional que, a partir de una Mesa Interinstitucional creada en 2006, se fue dando conjuntamente entre la Junta Nacional de Drogas y el Poder Judicial. En ese momento, esa Mesa tenía virtualmente tres direcciones: la capacitación de jueces fiscales y policías en la investigación de delitos que tenían que ver con el crimen organizado, lavado de dinero y tráfico de drogas; el uso más rápido y efectivo de los bienes incautados en causas de tráfico para que la Junta Nacional de Drogas pudiera utilizarlos en tratamientos; y el desarrollo de programas de asistencia. En el caso de las capacitaciones se realizaron encuentros regionales, para que en lo posible y salvando la independencia de los magistrados, se manejen criterios únicos o por los menos con cierta cohesión general.

El convenio firmado por ambas partes señalaba que: “la Suprema Corte de Justicia y la Junta Nacional de Drogas se comprometen en las labores enumeradas precedentemente a impulsar y desarrollar una política de Estado sólida y confiable que trascienda la permanencia de los gobiernos de turno”. La Suprema Corte entendió, cuando firmó esto, que tan importante era el trabajo de prevención como el trabajo de asistencia, asesoramiento y diagnóstico.

Por otra parte, a partir de darnos cuenta de que faltaban instituciones clave para abordar la temática de las adicciones, se ha firmado un convenio entre la Junta Nacional de Drogas, el Instituto de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay, y el Ministerio de Salud Pública para configurar un dispositivo de asesoramiento y diagnóstico para la atención de niños, niñas y adolescentes vinculados a los problemas de consumo de drogas, del cual nos sentimos orgullosos.

Muchas veces ocurre que no es solo que los niños o adolescentes tengan problemas de drogas, sino que pertenecen a familias en las que el jefe, por ejemplo, está preso por drogas, o donde la cabeza de la familia se dedica a vender drogas. De modo que en este dispositivo de diagnóstico –que está trabajando en un hospital del Estado y que por ahora se reduce solo a la capital y al área metropolitana que incluye Montevideo, Canelones y Maldonado–,

tienen tres modalidades de recepción de los usuarios. La primera es cuando surge de algún expediente judicial que una familia ha quedado en esa situación y uno de sus miembros ha sido encarcelado; normalmente el juez de la causa, que es un juez penal, aconsejará a esa familia para que concurra al dispositivo de asesoramiento y diagnóstico. La otra vertiente es la derivación de los juzgados de familia especializados en violencia doméstica y de juzgados de adolescentes infractores; en este caso, los juzgados mandan a estos adolescentes en problema o en riesgo para que ese dispositivo de asesoramiento y diagnóstico les informe la mejor forma de proteger a esta familia en problemas. La tercera vía de acceso al dispositivo es simplemente que cualquier familiar, o el propio adolescente, se acerquen allí.

Este dispositivo fue presentado a los usuarios, jueces, fiscales, defensores públicos y en coordinación con la Junta Nacional de Drogas se confeccionó un folleto que explica lo que es el dispositivo de asesoramiento y de diagnóstico, y cuál es su flujo de ingreso y de salida. El dispositivo cuenta con profesionales médicos, pediatras, psiquiatras, asistentes sociales, sociólogos, psicólogos y personas que hacen el seguimiento de cada situación.

Entendemos que esta es la forma de llevar adelante una política, por lo menos en el pequeño espacio que abarca el trámite judicial o la vinculación con el trámite judicial. Esto no quiere decir que esté terminada la actuación de la Justicia. Hemos asumido un compromiso en el que intervino el Parlamento Nacional y únicamente nos queda comprometer también a la sociedad civil no identificada con las drogas, porque este es un problema de quien vive en sociedad.

■  
Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010.





# POR UNA POLÍTICA DE SALUD Y DERECHOS HUMANOS

S olemos ver en los medios de comunicación a especialistas que reducen el complejo fenómeno del uso de sustancias a los efectos neuronales de algunos consumos, que en ocasiones, además, son interpretaciones que con ligereza son transformadas en generalizaciones unívocas. Los reduccionismos biologicistas, propios por otra parte de los saberes más hegemónicos de la biomedicina, restringen los análisis e invisibilizan, entre otras cuestiones, las diferencias por sustancia y por sujeto, los sentidos del uso de drogas, los diversos contextos familiares, grupales, barriales y socioculturales, las diferencias por género y por generación, los avatares y condiciones de los mercados, y las leyes y las políticas vigentes en cada lugar.

Sobre este punto de vista paradigmático reflexionan los autores de este capítulo, que llaman la atención acerca de los efectos que tienen las visiones reduccionistas de los problemas vinculados al uso de drogas. Coinciden en que producen procesos de simplificación de lo complejo, de biologización que oculta dimensiones fundamentales, como la psicológica y la sociopolítica, de individuación de prácticas socioculturales que varían según el contexto y el momento histórico, de culpabilización que se desplaza a la representación social del uso de drogas como conducta delictiva.

Al mismo tiempo, abren la pregunta acerca de cuáles son las prácticas que se desprenden de esas visiones reduccionistas y sostienen que las miradas fragmentadas impiden respuestas ajustadas a situaciones diversas y flexibles ante los cambios. Asimismo, señalan que los aspectos sociales, incluso cuando son visualizados como relevantes, resultan problemáticos de abordar.

Pero más allá de esta dialéctica, los autores nos permiten ahondar en cómo, por sobre todo, están en pugna intereses de actores sociales que se posicionan tensionando las respuestas en juegos de poder. Un ejemplo es el fenómeno de la *medicalización* en el campo de la salud mental, que se ha extendido a nuevos problemas (que en parte ha creado) no solo por la hegemonía de las visiones biologicistas e individualistas, sino por los fuertes intereses de las industrias farmacológicas.

En el mismo sentido, las técnicas y las teorías implican también posiciones político-ideológicas que conforman y recrean la realidad. Por ejemplo, los

modelos que entienden la salud como integral reconocen al otro (llamado “paciente”) como *sujeto de derechos*. De este modo, los supuestos ontológicos y éticos del fenómeno de las drogas son otro eje sobre el que llaman la atención los autores.

En este recorrido de los textos se describen los procesos de reforma –parcial en Brasil e incipiente en la Argentina– de las políticas tanto de drogas como de salud mental. Se van entrecruzando diferencias y similitudes, brindando pistas para comprender el modo en que se busca que sean las políticas de salud las que asuman las intervenciones ante los problemas asociados al uso de drogas, y que se vinculen con las políticas sociales, al mismo tiempo que se deconstruye la mirada preeminente penal de la cuestión.

Otra clave utilizada para comprender la complejidad es la historización de los fenómenos, ya sean los antecedentes de la historia de la medicina que abrevó en matrices militarizadas y religiosas, o la historia de los consumos de drogas, que pasaron de usos centralmente rituales a ser criminalizados con el advenimiento de la Modernidad.

Finalmente, una puntuación para la lectura y reflexión es la apelación permanente de estos autores a no soslayar nunca los derechos de los usuarios de drogas. Se subraya que la estigmatización genera vulneración de derechos. Y esa estigmatización también tiene una historia que se enlaza con los prejuicios raciales y de clase social, especialmente cuando los usuarios de drogas viven en situaciones de exclusión social. Por eso, el valor que tienen las palabras de Luiz Paulo Guanabara, que representa a parte del movimiento de usuarios de drogas como colectivo organizado: “debemos reconocer la capacidad que el usuario de drogas tiene para reducir o minimizar los daños derivados de su uso, y tratar de fortalecerlo. En lugar de la exclusión, la discriminación y el estigma de que son objeto, los usuarios de drogas deben participar en el desarrollo de programas y políticas a su servicio”.

## **María Pía Pawlowicz**

Psicóloga por la Universidad de Buenos Aires y magister en Ciencias Sociales y Salud por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Argentina). Es integrante del equipo de Investigación de Intercambios Asociación Civil. Docente e investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

# SALUD MENTAL, TRAZAS DE HISTORIAS Y RECUPERACIÓN DE SENTIDOS

**Vicente Galli**

Médico psiquiatra y psicoanalista. Fue director nacional de Salud Mental de la República Argentina entre 1984 y 1989. Fue profesor titular del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Estoy totalmente de acuerdo con que las personas con problemas por consumo de drogas tienen que tener entrada al sistema de salud para la búsqueda de soluciones. Es una ruptura fundamental que marca el salto de la criminalización a la enunciación de que el uso de drogas sugiere que hay personas con sufrimientos, y que el consumo de drogas están entre las maneras de atenuarlos y/o defenderse de ellos. Formas de atenuación que pueden dañar o que ya los están dañando, habiendo múltiples posibles caminos para ayudarlos a encontrar otras posibilidades. Es un punto central del cambio de perspectiva.

El camino que se dibuja nos enfrenta con la deuda del sistema de salud en cuanto a disponibilidad y plasticidades de dispositivos de atención para atender esas problemáticas. También, con la deuda de la perentoriedad de integración con los otros sistemas imprescindibles para las cuestiones de salud: acción social, educación, trabajo y justicia. La aplicación de la concepción de que penalizar a los que consumen es anticonstitucional y que deben ser atendidos de otras maneras va a hacer mucho más evidentes esas deudas y, necesariamente, implica encarar con urgencia la gran cantidad de cambios necesarios. Que son muchos y complejos.

Me voy a limitar a señalar algunas trazas históricas que pueden ayudar a entender ángulos de miradas y prejuicios.

**1** La atención de la salud de las personas se comenzó a organizar independientemente del poder religioso a partir de la organización del cuidado de la salud de los soldados en los ejércitos invasores. Esto se hacía prioritario porque no había campesinos propios para reemplazar a los soldados y, entonces, era imprescindible curar a los heridos para que siguieran luchando. Así comenzó la organización

militar del cuidado de la salud de la gente. Lo otro era caridad, piedad, benevolencia; los lugares de internación de infectados y de pobres eran instituciones religiosas. Después vino la organización desde lo militar, tanto que aun ahora se siguen manejando terminologías militares para muchas de las cuestiones de salud: la lucha contra los flagelos como enemigos; la erradicación de la enfermedad; los hospitales organizados en pabellones; los grados en enfermería, el enfermero raso, el cabo de enfermería, el jefe de servicios como el jefe de un escuadrón, el director del hospital como el general que dirige un ejército; las campañas para tal o cual cosa. Las tareas a realizar envueltas en lenguajes y criterios autoritarios que venían, además, con el endiosamiento de la herencia religiosa y chamánica.

En la medida en que fue avanzando la tecnología y los descubrimientos sobre los procesos de enfermar y los caminos de solución, se generaron magníficas transformaciones y la salud pasó a ser problema de los médicos y de políticas de Estado, ampliándose mucho los campos de conocimiento y de pertinencias de saberes y aplicaciones técnicas. Pero también se generó la industria para atender las enfermedades, que así aparecieron como mercancía.

Las miradas críticas y alternativas de la “Medicina social”, que entiende que la salud de la gente no es solamente efecto de los genes, gérmenes y de que reciban, o no, la asistencia médica necesaria en el momento adecuado, sino que la salud de la gente tiene que ver con cómo son recibidos en el mundo y cómo van transcurriendo sus caminos. Tanto como que la salud de las personas es también un problema en el que ellos deben ser actores y tener decisiones. Es una perspectiva que tardó en poder hacerse visible, que tarda en entrar y asentarse, porque no es negocio para particulares ni para fondos de inversión. Aunque haya experiencias focales importantes, no llega a generalizarse.

Derivado de lo anterior se puede observar lo que pasa con el tema de la asistencia de las personas con exceso de consumo de drogas. El sistema de salud tiene posibilidad de, además de lo propio, articularse con otros sistemas para buscar respuestas para esos sufrimientos. Lo que generaría dispositivos diferentes de los que se han desarrollado a partir de la legislación que impuso tratamiento obligatorio como alternativa a algún tipo de castigo penal. Generó prestadores tercerizados que realizan esos tratamientos obligatorios con las personas derivadas desde la autoridad judicial. Parece absurdo pensar que un tratamiento que tiene que ver con la posibilidad de que alguien conozca más de sí mismo, de su historia y de los porqués de sus sufrimientos, y pueda encontrar caminos alternativos, se haga por la obligación de tratarse. Es como la militarización puesta al servicio de “te ordeno que seas libre”, “te ordeno que te trates para encontrar por qué estás apesado en la droga”, “aprésate dentro del sistema y serás libre... del castigo judicial”.

Las agencias financiadoras de estos tratamientos, o la práctica privada y las coberturas de los sistemas prepagos, mueven importantes cantidades de dinero en tratamientos que muchas veces no están hechos con la cualidad y la amplitud instrumental a que se puede aspirar.

La incriminación penal de los usuarios es anticonstitucional. Desde ese punto de relanzamiento hasta la posibilidad de atención plena en los servicios de salud mental y las interacciones con otros servicios necesarios, hay un salto importante. Lo que hace a una deuda política y de lucha de poderes en relación con cuáles tienen que ser los sistemas y las maneras en que los sistemas de salud funcionen adecuadamente para responder a las necesidades de las personas.

**2** Sabemos que los antropoides culturalizados como humanos somos monos transformados que tenemos la misma disposición genética básica en todas las razas humanas que se conocen. Lo que permite que alguien sea sujeto (sujeto de la cultura, sujeto para la filosofía, sujeto del estudio de las ciencias sociales, sujeto sujetado por los contextos de interrelación en los que nació y en los siguieron después) hace a las maneras de hominización en las que se despliegan las potencialidades genéticas. Por ejemplo, los monos no tienen capacidad para el lenguaje hablado que pueda generar abstracciones. Comienza la hominización cuando aparece el lenguaje hablado, y con él la posibilidad de que las palabras permitan pensar sin imágenes concretas y el lenguaje aluda y signifique sin que sea la cosa misma. La capacidad de disponer de lenguaje hablado es la misma en cualquier idioma, en cualquier lengua que se hable. Si un chico nace acá y lo crían padres japoneses en Japón, va a tener total facilidad para hablar en japonés y va a desconocer el español-porteño que hablamos en Buenos Aires. Porque la posibilidad de generar lenguaje está genéticamente determinada, pero la lengua que se vaya a hablar depende de la manera en que se es hablado, de las características del mar, río o pequeño arroyito de palabras, criterios e historias en las que boga en la vida esa persona. Así es durante todo nuestro camino evolutivo.

Lo humano halla sus ejes de evolución en la deriva entre momentos de orientación y muchas errancias, entre hallazgos y pérdidas, entre encuentros y desencuentros, entre encuentros pequeños o excesivos y hasta tóxicos. Muchas veces los encuentros excesivos y tóxicos se unen azarosamente con el descubrimiento de que eso encontrado alivia el sufrimiento. Pospone dar cuenta de algo. Hace más accesible la adaptación a algún sistema que enloquece y somete, que pueden ser sistemas de ideas sobrevaloradas, dependencias fundamentalistas y alienantes, cualquier ambiente familiar realmente malsano, o cualquier otra formación cultural que aparece organizadora de las vidas y aleja de las incertidumbres de las elecciones propias. También, los encuentros con el uso excesivo de sustancias legales o ilegales tienen mucho que ver con la oferta del sistema para aplacar y aplastar reacciones de crisis y desadaptación con las condiciones de vida, impuestas por condiciones internas o por causas contextuales. Son usos que aplanan y banalizan posibles reacciones en situaciones críticas personales o sociales.

Me explico más. Una categorización típica dentro de las perspectivas psicodinámicas-psicoanalíticas es que los seres humanos tenemos que luchar

con tres grandes obstáculos: el propio cuerpo, los poderes de la naturaleza y los otros. Habitamos un cuerpo que es mucho más frágil que lo que queríamos y que es mortal. Tenemos relaciones con los otros, que es lo que nos sostiene en la vida y nos hace humanos, pero son siempre relaciones conflictivas. Y está la naturaleza, con sus ofertas sustentadoras de hacer posible la existencia, pero que tiene también excesos que generan grandes dificultades. A lo que se agregaron las producciones humanas, que son obras de creatividad y transformación, al mismo tiempo que algunas son o se pueden convertir en maquinarias de destrucción, inseguridades, desequilibrios, injusticias y catástrofes sociales. Vivir en medio de todo esto es complicado. Entonces, fumarse un porro, tomar mucha cerveza o tres whiskies en vez de uno, o tomar más cantidad de hipnótico a la noche y antidepresivos a la mañana, son facilitaciones culturales que ayudan a atenuar sufrimientos. En las personas y en los jóvenes con pobreza extrema y exclusión funcionan como escapes al hambre, al desamparo y a la desesperación. Cualquier aproximación a los problemas de los abusos de consumo tiene que ser encarada desde estas perspectivas.

Una de las características que tiene lo que se denomina “campo de la Salud Mental” es que es un campo complejo, de intersección de saberes y de prácticas, que le discute a la psiquiatría, a la psicología, a todas las disciplinas que tienen que ver con aquello que llamamos mente y a las hegemonías que cada una de esas disciplinas suponen tener. El campo de la Salud Mental es interdisciplinario, con perspectivas múltiples y obstaculizaciones ideológicas posibles desde todos los prejuicios culturales. Formular definiciones cualitativas que no sean normativas es muy difícil, ya que tienen muchísimo que ver con los valores y las pautas culturales que se manejen. Si se quieren establecer definiciones de Salud Mental en democracia, la participación y la responsabilidad son dos pautas permanentes en su idea. Ejemplifico: a quienes se les quita participación y se les anula su responsabilidad en los designios de su propia vida y de sus relaciones, se les está quitando posibilidad de salud mental. Sea por los caminos en que se hagan. Pasa también eso cuando les damos medicaciones en exceso, aunque sea para quitarles el sufrimiento de habituarse desgarradoramente; también estamos aplastando la posibilidad de aprovechamiento fértil de las crisis en las que se encuentran.

**3** Una última reflexión: sobre una experiencia internacional del siglo XX, de nuestro país y de países hermanos latinoamericanos también: ¿Cómo marcan las experiencias genocidas a todo el tejido social, a la cultura y a las instituciones? Genocidios hubo hace muchos siglos. Hacer “experiencias” de ellos comenzó a partir de generar conceptualizaciones que permiten aprender de la historia y entender los presentes y las derivaciones. Esas conceptualizaciones se iniciaron en el siglo XX. Creo que en nuestros análisis socioculturales, históricos y políticos, falta aceptar que la vigencia de los efectos genocidas del

llamado Proceso de Reorganización Nacional de 1976 a 1983 se mantienen y se transforman. Que esos efectos facilitaron el desguace del Estado y las privatizaciones de la década de 1990 y la degradación de los funcionamientos institucionales de base en todas las áreas más sensibles de las organizaciones sociales y del cuidado de los derechos humanos, políticos y sociales. Suma articulada de factores que se combinan e incrementan en sus efectos aislados; contra los que se vienen haciendo progresos evidentes, con luchas y dificultades, marchas y contramarchas. Efectos que los estudiosos del genocidio describen para los que fueron víctimas directas de la *Shoa*<sup>1</sup> y con ecos y ramificaciones en toda la cultura europea y para todo el humanismo europeo. De la misma manera se puede estudiar y describir, y se está haciendo, para los efectos de los genocidios en Latinoamérica.

El proceso militar argentino que comenzó en 1976 se autodenominó Proceso de Reorganización Nacional. Lo llamativo es que *reorganización* ya era un término que los estudiosos del genocidio aplicaban desde antes para describir uno de los subgrupos. Los 3 tipos básicos de genocidios que caracterizan son: el *genocidio constituyente*, que tiene la modalidad de aniquilamiento de la población para constituir nuevas configuraciones en un mismo territorio; el *genocidio colonialista*, que involucra la aniquilación de poblaciones autóctonas, básicamente como necesidad de utilización de recursos naturales de los territorios que ocupan o como estrategia de subordinación de la población originaria, ya sea para que toleren la expoliación o para utilizarlos como mano de obra, que es el ejemplo más típico del genocidio colonialista de los pueblos originarios de América.

Hay un tercer tipo, llamado *genocidio reorganizador*. Son los genocidios generados dentro de un Estado hacia su interior para demoler las condiciones de posibilidad de ciertas prácticas sociales que perturban el orden hegemónico y autoritario que pretende mantenerse como mayoritario en el dominio de los resortes del poder. Los regímenes de terror nazi generaban la figura del *judío bolchevique* –aunque también estaban los gitanos, los homosexuales y los débiles mentales–, que tenían que ser limpiados de las existencias y las memorias para resguardar la pureza de la raza aria. El modelo argentino tenía como caracterización del enemigo al que se oponía a los valores cristianos que reconocía el origen de la nacionalidad y sus maneras de sostenerla. La acusación de ideologías extranjeras, la metáfora de manzana podrida que pudre todo el cajón, generaron una construcción política que hace difícil la identificación del otro como un par, la indignación ante la injusticia, la confianza en el semejante, la primacía de la solidaridad, el sentimiento de responsabilidad con respecto al otro despojado, la utopía de las construcciones colectivas... Si vemos nuestro momento presente, no cabe duda de que

<sup>1</sup> N. del E.: *Shoa* o *shoá*, término hebreo utilizado para referirse al Holocausto.



se mantienen las dificultades para creer en la posibilidad de construcciones colectivas que sean realmente beneficiosas para las mayorías. Hay problemáticas sociopolíticas actuales que repiten pasados en la medida que no se conoce o se escinde la historia. Lo mismo sucede en la historia de nuestras vidas personales, donde repetimos aquello que no entendimos de nuestros propios orígenes y nuestras circunstancias, crisis y evoluciones vitales.

Doy un gran salto, para ir terminando, y digo. La búsqueda de alternativas a las caracterizaciones de lo que hay que eliminar o sacar de circulación para mantener lo establecido busca entre los prejuicios clásicos a los pobres, los negros, los piqueteros, los extranjeros. En esta línea de ideas también se podría encontrar un elemento importante para entender algunos sentidos en la persecución a los que consumen drogas y vienen siendo penados anticonstitucionalmente; tiene mucho que ver con la manera de persecución de los delincuentes subversivos, de los judíos marxistas, o de los que traicionaban o hacían peligrar los valores “limpios” de la nacionalidad, la familia y la propiedad.

Buenos Aires, 6 de agosto de 2009.

# DERECHO PENAL, DERECHOS HUMANOS Y POLÍTICAS DE DROGAS

**Pedro Vieira Abramovay**

Abogado por la Universidad de São Paulo y magister en Derecho Constitucional por la Universidad de Brasilia (Brasil). Desempeñó diversos cargos en el Ministerio de Justicia del Brasil entre 2003 y 2010; entre ellos, secretario de Asuntos Legislativos y, al momento de la presentación, secretario nacional de Justicia.

El tema de los derechos humanos y las drogas es una cuestión que puede tener diversas facetas, puede abarcar el derecho a la salud, las elecciones individuales o los derechos civiles, en el sentido más elemental. En mi experiencia, el abordaje de los derechos humanos y las drogas está ligado a dos cuestiones: la primera se refiere a la democracia y los derechos humanos y la segunda a que, por la manera en que la actual política de drogas pone el principal foco en el derecho penal, necesariamente será una política violatoria de los derechos humanos.

Y ahí creo que es importante hacer un pequeño giro en la discusión y entrar específicamente en la utilización del derecho penal, que tal como es pensado y usado en la sociedad, como un ejercicio del poder punitivo, es un instrumento de restricción de los derechos humanos. La idea de que el derecho penal es la mejor manera de inhibir la conducta de una persona surge con claridad del derecho penal moderno (autores como Cesare Beccaria han sido claves) en un momento de valorización de la libertad individual y emancipación del individuo, en la que este se vuelve completamente responsable por sus elecciones, en oposición a la idea de que el individuo es tutelado por el soberano. Pero si cada individuo es responsable por sus elecciones, cada desvío, cada ruptura con el pacto o contrato social debe ser castigado, y ese castigo debe ser suficiente para evitar que cometa otros delitos. Esta idea, que en algún momento fue revolucionaria en todos los sentidos porque formó un derecho de protección a los derechos individuales –un derecho penal que tenía que justificar el acto cometido y que liberó a los individuos de la punición arbitraria del soberano–, también ha sido una idea que, con el desarrollo

de los estados modernos y junto con una comprensión más compleja de las sociedades, ha evolucionado.

Hacia fines del siglo XIX, con el surgimiento de la Sociología como ciencia y con los aportes de Émile Durkheim, se comienza a percibir que el crimen no es simplemente un hecho individual, sino que también es producto de un hecho social. No es posible creer que, en las distintas sociedades, las leyes penales sean motivo suficiente para inhibir una conducta, aun en el caso de que esa ley fuese aplicada para todo el mundo. Si el crimen no ocurre solo como acción individual, la idea de que el derecho penal –simplemente como punición– es suficiente para que no exista una conducta “X” comienza a ser una idea que no tiene mucho sentido. Y esto va ganando más fuerza con la aparición del Estado social. En este, a diferencia del Estado liberal, el individuo no es completamente responsable por las posibilidades que tiene en la vida. El Estado interviene intentando igualar esas posibilidades, generando asistencia social, educación, salud, etcétera.

Así es que un Estado social que sustenta estas dos ideas –que el crimen es un hecho social y que el Estado necesita generar asistencia para intentar resolver las desigualdades de posibilidades entre los individuos–, fue generando un movimiento de la criminología cada vez más próximo a la idea de que el derecho penal debería ir perdiendo su fuerza. Alrededor de las décadas de 1950 y 1960 quedaba cada vez más claro que la cárcel era un fracaso y que las maneras de evitar el crimen estaban mucho más ligadas a cuestiones de desarrollo social, de educación, y a razones urbanísticas que pudiesen interferir en la sociedad toda y no solo en un individuo.

En ese momento esta tendencia se revierte completamente debido al surgimiento de un movimiento histórico que, sin embargo, está mucho más ligado a cuestiones económicas que a la política criminal en sí: el neoliberalismo. El discurso político dominante es que cada individuo es responsable por sus propios actos, la célebre frase de Margaret Thatcher: “No existe algo como la sociedad, solo existen los individuos”, tiene un efecto muy claro desde el punto de vista económico, el achicamiento del Estado social, y otro más perverso aún, que es la regresión en ese movimiento de revisión del derecho penal.

Las políticas penales pasan a ser nuevamente la gran solución y vuelve a existir una ligazón completa entre la política criminal y la penal, es decir que la manera de lidiar con todo aquello que es delito es aumentar las penas y poner más cantidad de gente en la cárcel. Todos conocemos el resultado de esto y Estados Unidos tal vez sea el mejor ejemplo: si alguien, allá por los años 1970, hubiese dicho que en 2000 iba a haber dos millones y medio de presos en ese país, esa persona habría sido internada en un manicomio, simplemente porque no parecía algo probable en aquel momento, pero de pronto esa fue la solución dada por la política penal. Aumentar el número de personas encarceladas partiendo del principio que la concreción de un delito es una elección individual.

Ese modelo fracasó por una serie de motivos, en primer lugar porque desde el propio punto de vista del modelo se mostró inadecuado para reducir la incidencia de delitos. No hay una correspondencia entre el aumento de la población carcelaria y la disminución de los delitos. Por el contrario, en algunos delitos, como es el caso del área de drogas, hay un aumento del consumo y del tráfico vinculado con el aumento de la población carcelaria. Ese modelo fracasó, no solamente desde el punto de vista de la eficiencia medida en términos de los objetivos que el propio modelo se propuso, sino también desde el punto de vista democrático; existen dos millones y medio de personas presas; y eso, en sí, es un absurdo.

En una sociedad que por naturaleza es desigual, como la americana o la brasileña –porque ese proceso se dio también con escasas variables en Brasil–, es evidente que las personas no son encarceladas en la misma proporción que consumen drogas, sino por una selección que el sistema hace, y es por eso que hay más pobres y más negros en prisión.

Muchas de esas personas tienen sus derechos doblemente violados. Primero porque el Estado se retiró de la asistencia, de la protección de los sujetos, al decir que cada individuo es responsable por su propio destino; y al retirarse y dejar de construir un espacio social que sea menos propicio para el crimen, quien se desvíe y cometa un delito entra en prisión. El derecho penal actual, como instrumento, es perverso en todas las áreas. En el caso de las drogas esto es todavía más perverso porque la droga no solo es considerada un delito como cualquier otro, el uso de drogas tiene otra diferencia: el hecho de que haya una aceptación social, a veces implícita y a veces explícita, del consumo de drogas hace que la incidencia de su consumo, compra y hasta venta esté distribuida de igual manera en todos los estratos sociales; pero, cuando uno pregunta, ¿quién está preso por causa de utilización de drogas?, la selección es aún mayor. En el caso de los crímenes violentos, por ejemplo, son más los cometidos por los estratos más pobres de la sociedad, pero en el caso de las drogas esto no es así. Sin embargo, en las cárceles, la presencia por causas de drogas de las clases dominadas es mucho más numerosa que la de las clases dominantes. Este escenario, en sí, representa una grave violación; y el derecho penal, o mejor dicho la manera como actualmente es utilizado para este tipo de conductas, refuerza aún más la violación de los derechos humanos que existe en todo derecho penal.

Además de esto, en Brasil, desde el punto de vista democrático, a diferencia de otros crímenes donde existe más espacio para discutir cambios en la legislación –como es el caso de los crímenes por lavado de dinero o de corrupción, o las discusiones sobre amnistía para quienes cometen crímenes tributarios–, el caso de drogas es tratado como si fuese un crimen más grave que el resto, y cualquier persona que quiera discutir políticas criminales en ese sentido es tratada como alguien que debe ser retirado del debate.

Existe también un problema desde el punto de vista democrático en el debate sobre drogas. La legislación brasileña es un ejemplo de eso. En 2006 tuvimos

una nueva legislación que eliminó algunos preconceptos y que ha hecho algunos avances, pero que también tiene perversidades muy evidentes. Una investigación de la profesora Luciana Boiteux<sup>1</sup> demuestra que, después de la sanción de la ley las personas presas por causas de drogas –teniendo en cuenta que los usuarios no pueden ser detenidos en Brasil–, en un 70% de los casos estaban desarmadas, no tenían vínculos con el crimen organizado, estaban solas y tenían pequeñas cantidades. Ese escenario demuestra que, por más que hayamos acabado con la pena de prisión para el usuario, el derecho penal continúa puniendo personas que no son necesariamente traficantes ni representan un peligro para la sociedad; y se los penaliza todavía de manera más severa.

¿Por qué? Porque la ley no limita entre el traficante y el usuario, no hay una distinción clara entre un gran traficante y uno pequeño. Las diferenciaciones terminan siendo hechas por el color de la piel o la clase social. Hoy, la pena mínima es de 5 años y la máxima de 15. Estamos hablando, por ejemplo, de jóvenes mayores de 18 años que tienen una pequeña cantidad de droga para hacer comercio, que pueden llegar a tener hasta 15 años de prisión. O la persona que cae con una pequeña cantidad de droga y que va a ser considerada usuario en el fin del proceso, si la policía lo señala como traficante va a quedar presa durante todo el proceso y, por lo tanto, entra en la lógica del sistema carcelario, en la vinculación del crimen organizado y en la estigmatización que va a portar al salir del proceso. Quizás entonces no le quede otra alternativa que vincularse con el crimen organizado, situación que antes no era así.

Para concluir, me parece bastante evidente que la política actual de drogas, que identifica al derecho penal como el gran instrumento para inhibir el consumo, es una política de drogas ineficaz y perversa desde el punto de vista de sus resultados y de las violaciones a los derechos humanos, agravado esto por el hecho de que su discusión es un debate prácticamente restringido desde el punto de vista democrático. Entonces, una vez más, debemos felicitar a todos aquellos que están dispuestos al intercambio de ideas para afrontar el problema tratándolo como un problema de política pública que debe tener mejores propuestas, propuestas que deben ser monitoreadas, trabajadas y corregidas para que tengamos una política pública que concretice los principios de derechos humanos que están previstos en nuestra constitución y también en la carta de la ONU.

Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.

# DE LA CONSTRUCCIÓN DE SUJETOS Y UNA NUEVA ÉTICA EN LA GESTIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

**Débora Ferrandini**

Médica especialista en Medicina General y Familiar por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina). Magister en Gestión, Planificación y Políticas de Salud por el Nuffield Institute for Health Studies de la Universidad de Leeds (Reino Unido). Viceministra de Salud de la Provincia de Santa Fe (Argentina).

Aunque parezca una obviedad, en algún punto las instituciones pierden su objetivo o lo soslayan. Dejan de hablar de él porque esta es una de las operaciones de la dominación, que reducamos nuestro discurso en cada grupo de trabajo, en cada organización, en cada institución a objetivos operacionales y no hablemos del sentido de la política. Y con el tiempo esto confunde y reproduce estrategias de opresión. Hablo de esto mirando fundamentalmente el sector Salud, en el que trabajo y que viene encarnando, desde hace tiempo, lo que supone es la obligación de sancionar y emitir justicia a través de todo tipo de penalizaciones. Y en algún punto ha olvidado que el sentido de su trabajo tiene que ver con la salud. En las instituciones de salud hemos aprendido a diagnosticar, penalizar, moralizar, disciplinar y enseñarle a la gente cómo tiene que vivir mucho antes, o en lugar de, aprender a producir salud.

Por eso, una de las preguntas más difíciles de contestar por un equipo de salud, y a veces por un ministerio es, ¿cuál es el objetivo de nuestro trabajo? Esa es la pregunta que nos convoca como actual equipo de gestión del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Sentimos una obligación ética de instalar esta pregunta en todo equipo de trabajo a lo largo de la provincia. Estamos embarcados en una gran estrategia para lograr la despenalización de los pacientes, de los que sufren, de los que están excluidos. Pero no despenalizarlos en el sentido de ahorrarles penas judiciales, sino la pena institucional. Necesitamos transmitir en todo ámbito del Ministerio de Salud que quien sufre ya tiene suficiente pena, y que quienes estamos para atender salud esta-

mos para mitigar ese sufrimiento, o construir con ellos capacidad para luchar contra aquello que limita la vida, la de ellos y la nuestra, y no para añadir penalizaciones o disciplina.

Se preguntarán ¿cómo es que llegamos hasta esta situación? Es posible a través de diversos y complejos mecanismos de producción de un conocimiento atomizado de la realidad, de un conocimiento con anteojeras, que más allá de complejizar la comprensión de lo que ocurre, ha llevado a las instituciones de salud a reducir su rol y su mirada, a producir diagnósticos, a clasificar a la gente y a cumplir con protocolos algorítmicos, con ofertas predeterminadas para una realidad que entendemos debe adecuarse a nuestro modo de clasificar y ordenar. Este ha sido, muchas veces, el *currículum* oculto en los programas de formación de trabajadores de salud, y es la ética que estructura la mayoría de las organizaciones de la salud.

Nuestro trabajo en este momento viene siendo interpelar esta ética desde otra ética que defienda la vida. Y desde esta interpretación nos planteamos interpelar, poner en cuestión y transformar todas aquellas operaciones que hacen que los trabajadores de salud conviertan en objetos a aquellos a quienes asisten, y que en ese procedimiento se conviertan a sí mismos en objetos. Con lo cual invitamos, a través de todo tipo de dispositivos, a que replanteemos nuestras prácticas en función de un sentido que tenga que ver con la defensa de la vida, y que en ese proceso descartemos aquellos gestos folclóricos o rutinarios que solo construyen una repetición de lo instituido. En este sentido, cada vez tenemos menos pasión por diagnosticar, por clasificar. Y cada vez más, entendemos que nuestro trabajo se trata de constituir sujetos y no convertir a los otros en objetos sobre los cuales podamos aplicar nuestros procedimientos. Esta tarea de constituir sujetos nos lleva a que, antes de diagnosticar y clasificar en entidades nosográficas, sea necesario construir viabilidad a una propuesta en defensa de la vida, y lo que sirve en ese sentido es construir problemas. Entendemos los problemas como aquello que se configura entre la distancia de lo que alguien vive y lo que desea.

Por eso necesitamos que nuestra tarea construya o reconozca sujetos. Entendemos que no hay salud posible, y no hay vida posible, si no hay sujetos que desean, y que desean cambiar cosas. El problema entonces no existe sin un sujeto, sin alguien que esté diciendo “esto que vivo quiero cambiarlo” o “esto que te duele podemos cambiarlo”. Es en ese caso que los servicios de salud ya no se constituyen, o queremos que ya no se constituyan, en ofertas predeterminadas que aplican un paquete de intervenciones a una realidad convenientemente recortada, sino en espacios donde grupos de humanos desean, donde hombres y mujeres se proponen cambiar el mundo, cambiar su mundo, cambiar al mundo que construyen con aquellos con quienes se encuentran o quienes constituyen el universo de ciudadanos.

En coherencia con esto, una de las directrices es descartar la noción de diagnósticos, de programas, de ofertas o de servicios específicos, y sustituir-

los por grupos de hombres y mujeres comprometidos con la realidad, que reconocen problemas, los buscan donde están, buscan a los sujetos que padecen o que quieren cambiar la situación en la que están, construyen problemas, no los reconocen, no los identifican, no los detectan, los construyen interrogando su propio deseo, construyendo su propia autonomía, construyendo su capacidad de interpelar la realidad y de superarla.

En este sentido, también descartamos la noción de programas focalizados dirigidos a grupos que reciben una serie de operaciones fundadas en una noción de justicia social que los inserta en el tejido social de otros. Queremos una política que cuando hablamos de ciudadanos, hablamos absolutamente de todos, aun de aquellos que están excluidos.

Esto nos hace, de alguna manera, subvertir totalmente el orden instalado en los servicios de salud, interrogarnos antes que nada ¿dónde están aquellos que tienen la mayor postergación?, ¿quiénes son los que están viviendo en las peores condiciones? Cuando hace poco más de un año y medio iniciamos nuestro trabajo en la gestión del Ministerio de Salud provincial, nos hicimos estas preguntas y encontramos un grupo que calificaba exactamente para estas características. Cuando nos preguntamos ¿quiénes primero? descubrimos que en este lugar correspondía agendar a un grupo de personas que habían sido excluidas absolutamente de todo lugar de atención. Aquellos que no tienen lugar en ningún lugar, para los que nadie tiene respuesta, aquellos que no entraban en ninguna de las ofertas de ninguno de los servicios ni de ninguna de las disciplinas que tienen que ver con la salud. Y se les hizo un lugar adentro de una cárcel. En la provincia de Santa Fe existía un vergonzoso manicomio judicial que estaba lleno de sujetos que sufrían de manera compleja y que, en su totalidad, tenían una de las múltiples manifestaciones de su sufrimiento, el consumo de sustancias. Nunca hubo lugar para ellos en ninguna organización de salud. Los manicomios, los hospitales monovalentes de Salud Mental decían: “No son para nosotros porque consumen drogas”. Las organizaciones que trabajaban con adicciones decían: “No son para nosotros porque están locos”. La sociedad decía: “No son para nosotros porque han cometido crímenes”. Y bueno, entonces ¿qué hacemos con ellos? Van a la cárcel y dentro de la cárcel a un espacio donde se amontonaban los locos, un lugar que no era tal, sino un lugar de absoluta exclusión.

¿Qué nos propusimos? Ellos primero. Ellos que son los últimos, los que mayor necesidad tienen, son nuestra prioridad. Y nos propusimos cerrar ese lugar. Cerrar ese lugar significó hacer lugar. Hacer lugar para esta treintena de personas que habían sido descartadas. La tarea fue intensa y es interesante pensar qué mirada se instala para que alguien, que ha sido absolutamente descartado de la mirada de todos, empiece a recibir una mirada, a verse y a permitirse ser un sujeto en algún otro espacio. Esta decisión implicó pensar que estas eran personas que sufren, que necesitan la atención prioritaria del Ministerio de Salud y que necesitamos aprender aquella tecnología necesaria



para esta nueva forma de padecimiento. No tiene sentido un saber si no sirve para cambiar lo que queremos cambiar y lo que tenemos por delante.

Esta interpelación al sentido fue muy intensa, en algunos casos violenta, porque las instituciones de Salud Mental, los equipos de trabajo, los equipos de salud empiezan a cuestionarse “no puedo con esto”. Y la reflexión es “si no podemos, hay que buscar poder. Habrá que aprender, habrá que aprender otra cosa. Y habrá que aprender con otros”. Y ahí recurrimos a cruzar los diálogos más diversos para entender cómo hacer con este problema. Y fue posible, ese lugar se cerró. En este momento, la totalidad de los pacientes que estaban alojados en ese lugar están viviendo en sus casas con acompañamientos terapéuticos de distinto tipo, están viviendo en hospitales monovalentes de Salud Mental, han transitado internaciones en hospitales generales. Estos monstruos para los que no había lugar en ningún lugar de la sociedad encontraron alojamiento en guardias generales, en equipos de Salud Mental. No fue una tarea sencilla ni fácil. Pero poner en primer lugar a los más excluidos logró que en este momento podamos decir que todas las instituciones de salud en la provincia de Santa Fe están asistiendo a un terremoto, se les está moviendo el piso a todos sus supuestos.

Hay quienes dicen “jamás me voy a apartar de mi disciplina, así que yo con esto no puedo”. Increíble ¿no?, una compañera decía hablando de un paciente: “Es él o yo. O lo atiendo o me hago bolsa, me destruyo”. Entonces yo le planteo que “si estás ante este problema, tenés un problema con tu ciencia. Construyamos otro conocimiento para poder con esto”. Y la respuesta que recibo es: “Si me estás diciendo que me aparte del psicoanálisis, ni loca”. En realidad yo decía: “Lo que te estoy diciendo es que superemos el límite de lo que sabés o lo que entendés hasta ahora por psicoanálisis. Superémoslo, superémoslo con otro, escuchemos otras cosas”. Así que hubo gente que desertó de la tarea y hubo mucha otra que pensó que esto significaba el inicio de una transformación enorme.

Estamos viendo este procedimiento en hospitales generales que abren la guardia entendiendo que el sufrimiento tiene que alojarse. Ya no preguntan ni clasifican “este es adicto, este va para allá, a este sí lo atiendo...”. Se atiende al que ingresa, y si se lo interroga y además consume sustancias porque tiene problemas que resolver con su vida, se les hace lugar a todos estos problemas. También se le hace lugar en una sala general a alguien que necesita ser asistido en una crisis subjetiva, en una crisis de padecimiento, y se articula con un equipo de salud barrial el seguimiento de estos pacientes o de los ciudadanos. Porque entendemos que nuestra tarea es acompañar en un vínculo terapéutico continuo a todos los ciudadanos. Y esto significa aprender con ellos y construir con ellos su autonomía, no su dependencia de lo que nosotros entendemos tiene que ser la vida, sino ayudarles y ayudarnos a ganar control sobre nuestra vida, porque entendemos que esto es la esencia de la construcción de la salud.

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

Aprender entonces estrategias para superar aquello que no quiere ya vivirse de ese modo y para lo que deseamos el cambio. Entendemos que esta es una ética que construye modos de organización muy específicos y muy diferentes de los enlatados que se dan en los cursos de gestión y administración hospitalaria. No se construyen con la misma metodología objetos que sujetos. Son metodologías absolutamente contradictorias, estamos convencidos que los métodos de organización, de planificación y de la clínica son esencialmente políticos y debemos develar su sentido. En el sentido de la defensa de la vida, entendemos que la estrategia es construirnos, constituirnos como sujetos; y esta es la esencia de nuestra construcción clínica, terapéutica y fundamentalmente política.



Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.



# DESAFÍOS Y OBSTÁCULOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA RESPUESTA DEL BRASIL

**Pedro Gabriel Godinho Delgado**

Médico por la Universidad Federal de Juiz de Fora (Brasil). Magister en Psiquiatría por la Universidad Federal de Rio de Janeiro, doctor en Medicina Preventiva por la Universidad de São Paulo (Brasil) y posdoctorado por la London School of Hygiene and Tropical Medicine de la London University (Reino Unido). En el momento de la presentación, y hasta enero de 2011, se desempeñaba como coordinador del Área Técnica de Salud Mental, Alcohol y otras drogas del Ministerio de Salud del Brasil. Es profesor adjunto en la Universidad Federal de Rio de Janeiro.

La Salud Pública es el lugar por excelencia donde se debe enfrentar la cuestión de las drogas, es lo que permite que su abordaje sea compatible con los derechos humanos, la ciudadanía de los usuarios y la libertad individual de las personas, y lo que permite también la superación más adecuada de los problemas reales asociados al consumo de drogas.

Brasil es un país que ha intentado recientemente –pese a que la tradición del esfuerzo brasileño por dar respuestas efectivas y democráticas para la cuestión de las drogas viene de hace muchas décadas– presentar una respuesta sistemática en el campo de la Salud Pública. Brasil tiene un reconocimiento internacional por su respuesta a la epidemia de sida y es necesario que consiga también construir una respuesta que sea capaz de ayudar a las personas que tienen problemas reales con las drogas. La construcción de esta respuesta presenta varios desafíos y diversos obstáculos.

El sistema de Salud Pública en Brasil se ancla en la idea de universalidad: todos tienen derecho al acceso, al tratamiento. Es una política que, desde el punto de vista de la población protegida, alcanza del 70 al 75% de la población. Se puede decir que este porcentaje de la población brasilera utiliza y necesita del sistema público de salud. Hay un 30%, aproximadamente, que no lo necesita y utiliza servicios privados, los llamados planes de salud, aunque también recurren al sistema de Salud Pública. Pero hablando del 70% de la población, el primer desafío, absolutamente crucial, es el de la universalidad.

Es cierto que no conseguimos todavía asegurar a las personas que buscan atención el acceso al tratamiento y el acceso a los medios más eficaces de tratamiento. Existen varios impedimentos para la concreción de este objetivo de universalidad, como financieros y, desde el punto de vista de la fuerza de trabajo, de especializaciones y capacitaciones. Pero tengo la impresión de que en el caso de las drogas existen también impedimentos de otro orden para la universalización del acceso a los cuidados.

Me refiero al escenario de modelos de atención en conflicto. La droga en la legislación en el mundo entero es ilícita y, al serlo está sometida a un tratamiento que no es de la Salud Pública, sino de la Justicia y la policía. Estos constreñimientos también se reflejan en las dificultades de construir la garantía del acceso con el apoyo de las autoridades de forma general, desde las autoridades sanitarias o judiciales, hasta la opinión pública y la prensa, los grandes formadores de opinión.

Hay una idea predominante de que el tratamiento de la cuestión de las drogas debe basarse en la interrupción del uso de drogas. Esta idea, de que la eficacia del tratamiento y de la prevención tiene que pasar necesariamente por la interrupción y la no utilización de drogas, ha sido un impedimento para la universalización. Porque ha sido un impedimento en relación a nuestro diálogo con las familias, con las propias redes sociales de los usuarios, y siempre parece haber una oposición entre “dejas de usar drogas completamente y ese tratamiento es eficaz o vas a hacer esas otras alternativas que en verdad no van a librarte del problema”.

Entonces, en realidad, tenemos también que cumplir con otro esfuerzo, el del convencimiento a otras políticas públicas y a la sociedad en general; convencimiento de que para garantizar el acceso universal es necesario, en primer lugar, convencer a las personas que usan drogas que adherir a un programa terapéutico no significa privarse de libertad ni someterse a constreñimientos que no sean capaces de sustentar. Porque las personas que sufren con la cuestión de la dependencia se resisten a buscar tratamiento. Brasil está viviendo un problema grave con la cuestión del consumo de pasta base de cocaína, de crack. Desarrollamos diversas estrategias de aproximación a estos usuarios, como los consultorios de calle, que son acciones en el propio territorio, de reducción de daños, que tienen como objetivo hacer que esos usuarios puedan recurrir al Estado, a la política pública, para salvar sus vidas. Percibimos que recién en las situaciones límite, situaciones de riesgo máximo, se establece una relación de confianza con la política pública.

Entonces, cuando hablo de universalidad, no es solamente una cuestión de tener tantos servicios proporcionales a la población, tener un servicio cercano a la casa en todos los barrios, etcétera; eso es absolutamente fundamental. En Brasil nosotros trabajamos con la idea de que si no es a través de la atención primaria, porque es un país de 190 millones de habitantes, los servicios no garantizarían el acceso.

Pero hay un impedimento que es mucho más de naturaleza conceptual, ideológica, que es la creencia de que solo existen formas eficaces de tratamiento de la cuestión de las drogas si parten del presupuesto del abandono del consumo. Entonces la tarea de construcción de una red y de una política de tratamiento procesual, que piensa la relación del sujeto con la droga y quiere ofrecer alternativas, muchas veces se topa con resistencias locales, con resistencias gerenciales sorprendentes. Argumentos del tipo “no voy a construir aquí un servicio abierto, ambulatorio, sin antes garantizar que tenga también acceso a la internación cerrada de largo plazo”. ¿Por qué una cosa u otra? Una cosa no supone la otra. Si fuera necesaria una internación de largo plazo, que se la realice. Es necesario asegurar que las personas que lo requieren tengan derecho a una amplia gama de tratamientos, no a una única opción. Cuando la justicia impone soluciones terapéuticas o intervenciones terapéuticas –me refiero a la justicia existente en los cinco mil municipios brasileiros– lo hace desde un entendimiento de la cuestión de las drogas, que es someter al sujeto a un determinado tipo de procedimiento, en general de aislamiento y de internación.

Entonces tenemos una disputa que ha evolucionado, no está en la misma posición que tenía, por ejemplo, en 2002 o 2003. Acordamos que es necesario asegurar el tratamiento, pero que esto no significa aplicar las metodologías que impidan al sujeto consumir drogas. Esto crea en el debate de la política pública de Salud Mental, otro componente. En lugar de preguntarle al sistema público de salud de Brasil si se está garantizando el tratamiento, creo que hay que introducir otra pregunta: ¿se está garantizando el tratamiento adecuado? Y la respuesta no puede ser siempre un tratamiento basado en el no uso de drogas, en la abstinencia, en el alejamiento de la persona de cualquier tipo de contacto. Un modelo de abordaje de Salud Pública necesita enfrentarse cotidianamente al hecho de que no existe oposición entre ofrecer alternativas de dejar de usar completamente drogas, en el caso en que esto es clínicamente necesario, y ofrecer a los usuarios de drogas un proceso de mecanismos de protección y de refuerzo de factores protectores que muchas veces son vistos como una forma ineficaz. Reducción de daños, consultorios de calle, casas de acogida. Todos esos recursos, que no son estrictamente la llamada internación de largo plazo, son muchas veces desvalorizados en la posibilidad terapéutica.

Otra cuestión que debemos también colocar como un desafío dentro de las premisas generales de nuestro sistema de salud es la integralidad del tratamiento, que supone la posibilidad de intervenir, no solo en el componente de salud, sino también en todos aquellos factores que determinan la vulnerabilidad de las personas que utilizan drogas. Se pregunta cuál es la gravedad del problema del crack en Brasil y la respuesta está en el hecho de que hay una gran vulnerabilidad social en las personas que utilizan crack que no se debe al consumo. Hay una gran vulnerabilidad asociada al consumo de crack y que se agrava por el consumo.

Entonces, integralidad significa responder no apenas con el tratamiento de la dependencia del crack, sino con un conjunto de medidas, políticas sectoriales, asistencia social y educación, que puedan reconstruir la posibilidad biográfica de esas personas. Y las alternativas que esto ha ofrecido se han mostrado positivas, pero no se conseguirá, ciertamente, con un modelo de tratamiento de la dependencia, sino que tiene que ser de actuación integral.

Lo que estamos intentando construir en Brasil es una fuerte articulación entre la política de salud, llamada SUS (Sistema Único de Salud) y la política de asistencia social, llamada SUAS (Sistema Único de Asistencia Social). Intentar construir redes de protección social que puedan intervenir en el sentido de reconstruir lazos sociales que fueron perdidos o que no existen más. Un ejemplo. Si tomamos los jóvenes que en Brasil son nombrados de una forma un poco inhumana y cruel, como habitantes de las *cracolândias*,<sup>1</sup> las historias de vida reproducen situaciones de personas desafiadas (en el sentido de Robert Castel) desde hace tres generaciones. Se les pregunta: ¿Y tu papá? “Mi papá está preso”. ¿Y tu mamá? “Mi mamá murió”. ¿Y tu tío? “Mi tío acaba de tener un enfrentamiento y está herido”. Son situaciones de fragilización social de tal orden que no sirve dar una respuesta solo de Salud Pública, debe ser una respuesta de políticas públicas que ponga el dedo en la herida de la desigualdad social.

Brasil ha avanzado mucho en la cuestión de la incorporación de sectores desposeídos a la clase media: son 26 millones de personas las que, en los últimos ocho años, salieron de la llamada clase D de consumo para integrar la C, lo cual es un hecho extraordinario, la principal característica de este período de gobierno. Ahora, eso no significa que el país, que es un país heredero de la tradición esclavista, profundamente desigual, no permanezca teniendo esas puntas de iceberg de profunda desigualdad, que aparecen de una forma extremadamente dramática con esos consumidores vulnerables de la población en situación de calle de las ciudades brasileñas, confundidos con la criminalidad, que mueren precozmente por muerte violenta y que son la población de consumidores de crack. La respuesta que demos a la cuestión del crack, que hoy es un gran tema del debate brasileño, va a señalar si estamos o no construyendo de hecho para la Salud Pública.

Este es el desafío que colocamos como solución para una nueva política de drogas. Una política de drogas que no se base en la penalización, sino en la intervención. Existen en Brasil unos 27 mil a 30 mil equipos de salud de familia y el 70% de ellos ya recibieron algún entrenamiento para manejar la cuestión de las drogas.

Apostamos a que esa base horizontalizada va a ser lo que va a permitir, tanto en un municipio como en el barrio más carenciado, una intervención más eficaz.

<sup>1</sup> N. de la E.: *Cracolândia* (por derivación de crack) es la denominación popular para ciertas zonas urbanas muy depreciadas de las grandes ciudades brasileñas, donde se concentra el tráfico de drogas y viven niños y jóvenes usuarios de crack, muchos de ellos en situación de calle.

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

Pero, ciertamente, permanecemos con el desafío de asumir si la Salud Pública construirá una respuesta efectiva o si superaremos el paradigma de la penalización. Entretanto, la Salud Pública no hará eso sola, porque no se trata exclusivamente de tratamiento, se trata de prevenir las situaciones de vulnerabilidad.

En este sentido, quiero finalizar señalando que, desde mi percepción, existe un progreso evidente en el ámbito del debate, en la superación de determinadas barreras que parecían intransponibles en la concepción sobre políticas de drogas, en el enriquecimiento de la capacidad de aceptación de las diferencias de concepción. Esto lleva a una intensa politización del debate sobre las drogas que, según mi parecer, generará resultados positivos.

■  
Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.





# REDUCCIONISMO GENÉTICO Y PSEUDOCIENCIA

**Víctor B. Penchaszadeh**

Médico por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Master en Salud Pública, orientación Epidemiología, y Genética Humana por la School of Hygiene and Public Health, Universidad Johns Hopkins (EE.UU.). Consultor en Genética, Bioética y Salud Pública.

Como médico genetista y bioeticista quiero compartir con ustedes algunas críticas al uso exagerado de la genética para explicar características humanas como la conducta, la predisposición a desarrollar enfermedades o las adicciones a drogas. Es conveniente tener presente que todas las características humanas, físicas y mentales, son producto de la interacción compleja y a lo largo de toda la vida entre factores medioambientales –como el nivel social en que uno nace y crece, la alimentación, las circunstancias de la crianza, la educación y la inserción laboral, la exposición a agentes infecciosos y tóxicos– y el organismo humano, que es inseparablemente biológico-psicológico-social. Nuestra biología funciona gracias a la constitución genética que heredamos de nuestros progenitores, en la forma de 25 mil genes que contienen la información para que nuestras células fabriquen decenas de miles de proteínas que, interactuando entre sí y con el medio ambiente interno y externo en que crecemos, dan lugar a las múltiples manifestaciones de la vida, incluyendo nuestros estados de salud y enfermedad y nuestra conducta. No existe ninguna característica humana que sea debida exclusivamente a la biología o los genes, de la misma manera que no existe ninguna característica humana que dependa exclusivamente de las acciones del medio ambiente sobre nuestro organismo. Dicho de otro modo, la expresión de las diversas manifestaciones de la vida humana es un fenómeno sumamente complejo, que no permite su subdivisión en “componentes”. Así, no tiene ningún sentido preguntarse “cuánto de genético y cuánto de ambiental” tiene una característica humana, ya que lo genético no existe sin lo ambiental y viceversa, en una interacción a lo largo de toda la vida.

A pesar de la contundencia y veracidad de lo expresado, desde hace mucho tiempo que corrientes políticas conservadoras y supuestamente académicas,

en todas partes del mundo, quieren convencer a la sociedad de que ciertas conductas –como la agresividad, la tendencia a enfrentar a la autoridad, la criminalidad y la adicción a drogas– son debidas principalmente a la biología y la genética individual. Estas corrientes son, efectivamente, *políticas* y no *científicas*, y se basan en la ideología del *reduccionismo genético*, que plantea que los fenómenos humanos pueden reducirse a la acción de los genes, importando muy poco las influencias socioambientales. Las razones por las cuales esta visión pseudocientífica se ha extendido tanto son varias y quiero exponerlas a continuación para contribuir a la necesaria alerta intelectual que la sociedad debe mantener para no ser manipulada por ideologías reaccionarias.

En primer lugar está la complejidad misma de los fenómenos estudiados, que determina que sea más fácil adjudicar las “desviaciones de la normalidad” a factores concretos identificables –como agentes infecciosos en el caso de enfermedades como la tuberculosis y el sida, o variaciones en ciertos genes en el caso de algunas enfermedades, o de la inteligencia o la predisposición a la drogadicción– que tomarse el trabajo de pensar la multicausalidad de los sistemas complejos en la que las circunstancias socioambientales son tan determinantes. Dado que éstas son mucho menos tangibles y difíciles de estudiar, su responsabilidad causal queda siempre en nebulosa. Y sin embargo, aun en el caso de la tuberculosis o el sida, no basta el agente infeccioso para determinar enfermedad, sino que ésta solo se produce cuando además median poderosos factores socioambientales como pobreza, desnutrición, hacinamiento, sexo no protegido, etcétera. También se sabe que las manifestaciones de la conducta están mediadas por circunstancias socioeconómicas y de crianza.

Otra razón que explica la difusión del concepto erróneo de la determinación genética de las desviaciones de la conducta es que, desde mediados del siglo pasado hasta ahora, la ciencia y la tecnología han estado dirigidas a estudiar la biología del ser humano en forma sesgada, sin una adecuada consideración por las interacciones genético-ambientales. Este *reduccionismo genético* ha sido fomentado por las fuentes de financiación de las investigaciones biomédicas atendiendo a numerosos intereses creados, como los de la industria farmacéutica y biotecnológica, y los de los propios profesionales y científicos que requieren esos fondos para su desarrollo profesional, prestigio, estabilidad laboral y nivel de vida.

Una tercera y poderosa razón para la difusión del énfasis excesivo de la determinación genética de la salud y las desviaciones de la conducta, y ligada a lo anterior, está relacionada con las acciones preventivas y remediales. Si exageramos la influencia de la determinación genética, la prevención de las desviaciones de la salud y la conducta estará dirigida a detectar las variaciones genéticas supuestamente causales o predisponentes –por ejemplo, marcadores genéticos de la capacidad o no de metabolizar ciertas drogas, que pudieran informar sobre potenciales predisposiciones a desarrollar drogadicción– y a proponer intervenciones médicas y represivas “preventivas”. Con ese mismo

planteo, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con drogadicción estarían hegemonizados por la farmacoterapia y la reclusión. La contraparte del enfoque reduccionista es la aproximación holística y multidisciplinaria que analice la totalidad de la persona y sus circunstancias sociales y ambientales. El primer planteo lleva a considerar la drogadicción como un fenómeno biomédico individual, resultado del mal ejercicio de la responsabilidad individual y sujeto a medidas individuales de “remediación”. En cambio, el enfoque holístico multicausal lleva a considerar la complejidad del fenómeno y el papel de los determinantes sociales, de lo que se derivan intervenciones de prevención y tratamiento integrales. En la prevención se privilegiarán las acciones que lleven a mitigar las circunstancias sociales y ambientales deletéreas que conforman el contexto en que vive la persona, como el nivel socioeconómico, la educación, la familia, el trabajo, el grupo de pares, etcétera. En el tratamiento se tendrá en cuenta el entorno más adecuado para la rehabilitación, dando preeminencia a la comunidad y lo colectivo.

Es evidente que, enfoque reduccionista, que culpabiliza a la víctima y absuelve de responsabilidad al sistema social que favorece la drogadicción, goza del apoyo de la industria farmacéutica y de los sectores conservadores, para quienes la drogadicción es una conducta individual, irresponsable y voluntaria; es decir, casi como un delito. Este enfoque, científicamente erróneo, es sin embargo funcional a todas las industrias que medran con la drogadicción, ya sea a compuestos ilícitos o lícitos; hay que reconocer que muchas adicciones son a medicamentos que se compran legalmente en las farmacias con o sin receta médica. Estas industrias incluyen a las farmacéuticas que producen medicamentos usados en el tratamiento de la drogadicción, las biotecnológicas que producen pruebas genéticas de “predisposición”, la industria médico-hospitalaria, de rehabilitación, carcelaria, etcétera. Como dije antes, esta es otra de las razones de la preeminencia actual del reduccionismo genético en la explicación de las características humanas, normales o patológicas.

El nuevo actor biológico, que es el gen, está pasando a ser una entidad todopoderosa y se está convirtiendo en un comodín para explicar enfermedades, conductas, predicciones de desarrollo futuro de enfermedad y tratamientos. Son incontables los cuentos sobre el descubrimiento del gen de las diversas características, tales como homosexualidad, “personalidad propensa a correr riesgos”, propensión a drogadicción y muchas más. Por supuesto ninguno de esos anuncios es luego confirmado por otros estudios, pero eso no importa, pues la mistificación del gen ya está instalada en el imaginario colectivo... Es importante poner atención en las metodologías con las que se arriba a estas conclusiones, porque en su mayoría contienen falacias de diverso tipo. Cuando se plantea una “asociación estadística” entre un gen y una característica humana, hay que analizar cuidadosamente los datos. En primer lugar, puede ser una asociación estadística espuria, no real. En segundo lugar, aun cuando metodológicamente no haya errores, una asociación estadística no

prueba nada y además se aplica a poblaciones, no a individuos. Lamentablemente, sin embargo, estas mistificaciones se expanden por la prensa lega, que no solo se hace eco, sino que los exagera y los exacerba más.

El mensaje que quiero dejar es el siguiente: los seres humanos somos seres muy complejos, provenimos de una evolución natural genética de millones de años. No cabe duda que no seríamos seres humanos si no tuviéramos nuestro genoma con sus 25.000 genes. Pero eso no autoriza a deificar a los genes, estas partículas tienen como única función transmitir información a las células para la producción de proteínas, que son los compuestos que intervienen en los procesos vitales. Es decir que no es cierto que tengamos genes para determinados rasgos, los rasgos resultan de la interacción entre las proteínas producidas por los genes y los numerosos factores medioambientales internos, como metabolismo y nutrición, y externos, como educación, nivel social, exposición a tóxicos, infecciones, estrés psicológico, infortunios de la vida, etcétera. Es decir que la esencia del ser humano es mucho más que un paquete de 25.000 genes, y así como somos seres biológicos, también somos seres sociales y psicológicos.

Buenos Aires, 6 de agosto de 2009.

# ATENCIÓN INTEGRAL A LOS USUARIOS DE DROGAS: ORGANIZACIÓN DE USUARIOS Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

**Luiz Paulo Guanabara**

Psicólogo. Fundador y director de Psicotropicus, organización no gubernamental brasileña para la reforma de las políticas de drogas, defensa de los derechos de las personas que usan drogas e implementación de programas de reducción de daños. Representante de la Red Internacional de Personas que Usan Drogas (International Network of People who Use Drugs, INPUD).

## ■ Organización de usuarios de drogas

No es una tarea fácil en el mundo de hoy representar a los usuarios de drogas, una minoría criminalizada y estigmatizada, muchas veces responsabilizada por la violencia asociada al comercio de drogas ilícitas, como ocurre en Brasil. Como toda minoría, los usuarios de drogas desean ser aceptados por la sociedad y acabar con el prejuicio relacionado al uso de ciertas sustancias psicoactivas prohibidas.

La primera iniciativa para la organización de usuarios de drogas fue llevada a cabo en Rotterdam, Holanda, en 1979, con la creación del *Junkiesbund*, ahora una reconocida organización de consumidores. La segunda fue el movimiento de usuarios de opiáceos por el derecho al tratamiento de sustitución por metadona, en los EE.UU. De este movimiento surgió la Asociación Nacional en Defensa de la Metadona. En 1982, la *Junkiesbund* estableció el primer programa de intercambio de jeringas del mundo en respuesta a una epidemia de Hepatitis B (Southwell, 2009). Con la difusión del VIH/sida vinculado al uso compartido de material de inyección, aún en los años 1980, esos programas se extendieron por todo el mundo, aunque sufrieron resistencia en varios países, incluso en los EE.UU.

## ■ Reducción de daños

Fue alrededor de los programas de intercambio de jeringas que la reducción de daños se desarrolló. Sin embargo, abordajes basados en este modelo

pueden ser identificados en el comienzo del siglo XX: en Gran Bretaña, en los años 1920, un grupo de científicos que integraron la Comisión Rolleston concluyeron que, en algunos casos, el mantenimiento en el consumo de drogas puede ser necesario para que los adictos lleven una vida productiva (Riley, 1999). Nadelmann *et al.* (1994) presentaron cuestiones focalizadas en reducción de daños. Hemos seleccionado tres que parecen más inmediatas:

- 1** ¿Cómo podemos reducir el riesgo de que los usuarios de drogas contraigan enfermedades infecciosas –como el sida, la hepatitis B y C y la tuberculosis– y de sufrir sobredosis o desarrollar abscesos peligrosos?
- 2** ¿Cómo podemos reducir la posibilidad de que los usuarios de drogas se dediquen a actividades delictivas o no deseables, causando daño a los demás?
- 3** ¿Y cómo, en general, podemos asegurar que las políticas de fiscalización de drogas no causen más daño a los usuarios y a la sociedad en su conjunto que el consumo de drogas actual?

Aunque, en general, la abstinencia es la manera más eficaz de evitar los problemas relacionados con el consumo de drogas, las estrategias de reducción de daños no incluyen programas de tratamiento dirigidos exclusivamente a ese objetivo, ni la criminalización de dicho uso.

### ■ Atención integral a los usuarios de drogas

El uso de drogas es un fenómeno complejo y multifacético, que abarca un continuo de comportamientos que van desde el abuso hasta la abstinencia total. Las referencias al uso de drogas se remontan a miles de años atrás. Al principio, este uso tenía un fin ritual y se respetaban las sustancias psicoactivas, que se usaban con moderación. Al surgir el capitalismo la situación cambió: el consumo de drogas se modificó en función del orden socio-económico actual y perdió sus características culturales. La droga perdió su magia, su función creadora, y se convirtió en un producto de consumo generador de problemas sociales, asociados con los dramas existenciales y las psicopatías.

Junior (1983), refiriéndose a la proliferación del opio bajo el impulso del capitalismo imperialista del siglo XVIII, cita dos factores mencionados por Guido de Blum para el consiguiente aumento en el consumo de esta sustancia, que pueden extenderse a otras drogas psicoactivas y a nuestros tiempos: en primer lugar, la industrialización de la medicina, y en segundo lugar, el surgimiento de una clase que vive en malas condiciones, en la que los individuos se ven obligados a utilizar casi cualquier tipo de droga para seguir viviendo.

Para una atención integral a los usuarios de drogas es necesario reconocer que los contextos de pobreza y clase social, el racismo, los traumas del pasado, la discriminación sexual y otras desigualdades sociales afectan la vulnerabilidad de las personas y su capacidad para hacer frente eficazmente a los daños asociados al consumo de drogas.

Además, la información errónea, distorsionada o sesgada, aumenta el potencial de daño, pues impide que los usuarios de drogas sean capaces de tomar decisiones precisas e informadas acerca de su práctica. La información correcta sobre las drogas y sus efectos permite al usuario minimizar o eliminar los efectos adversos o colaterales de dicho uso.

También debemos reconocer la capacidad que el usuario de drogas tiene para reducir o minimizar los daños derivados de su uso, y tratar de fortalecerlo. En lugar de la exclusión, la discriminación y el estigma de que son objeto, los usuarios de drogas deben participar en el desarrollo de programas y políticas a su servicio. La experiencia de las personas con un historial de uso debe ser ampliamente utilizada en la búsqueda de programas y políticas mejores y más eficaces para el tratamiento de la adicción. Calidad de vida y bienestar del individuo y de la comunidad son los criterios para las intervenciones y las políticas de éxito.

Una atención integral a los usuarios de drogas significa dar un trato no discriminatorio y servicios no coercitivos, así como recursos, tanto para ellos y para ellas, como para las comunidades en que viven (Harm Reduction Coalition, 1998). La decisión personal de usar drogas debe ser aceptada como un hecho. No se debe expresar ningún juicio moralista ni condenar el uso de sustancias psicoactivas, independientemente del nivel de consumo o el modo de administración. La dignidad, la ciudadanía y los derechos de los usuarios de drogas deben ser respetados.

■  
Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

### ■ Referencias

- Harm Reduction Coalition (1998): Material informativo.
- Júnior, C. (1983): *Drogas*. Río de Janeiro: Codecri.
- Nadelmann, Ethan *et al.* (1994): *The Harm Reduction Approach to Drug Control: International Progress*. Disponible en [www.drugpolicy.org](http://www.drugpolicy.org).
- Riley, D. *et al.* (1999): "Harm Reduction: Concepts and Practice - A Policy Discussion Paper", en *Substance Use & Misuse*, 34(1), 9-24.
- Southwell, Mathew (2009): *UNAIDS Briefing*. Túnez: Network of Networks & INPUD Briefing.





# **LA POSICIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO DE LA ARGENTINA FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE DROGAS**

**Claudio Morgado**

Diputado nacional por la Ciudad de Buenos Aires entre 2007 y 2009; se desempeñó como presidente de la Comisión de Discapacidad de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Fue presidente del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo entre diciembre de 2009 y junio de 2011.

El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) fue creado en la República Argentina en 1995. Básicamente, vela por el estricto cumplimiento de la Ley Antidiscriminatoria N° 23.592, de 1988, que está siendo actualizada en un proyecto de ley que tiene media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación. El INADI tiene delegaciones en todas las provincias, es un instituto nacional que funciona de manera descentralizada bajo la dependencia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Tiene como modalidad de trabajo funcionar con foros temáticos, donde participan diversas organizaciones de la sociedad civil y proporcionan la información y las necesidades de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Uno de nuestros últimos trabajos ha sido el acompañamiento y seguimiento de la reciente ley de matrimonio igualitario que se sancionó en julio de 2010 en la República Argentina. El INADI, a su vez, es la autoridad de aplicación del Plan Nacional contra la Discriminación, que fue firmado en 2005 como decreto presidencial por el entonces presidente Néstor Kirchner.

Este Plan establece la necesidad de luchar contra la discriminación de distintos colectivos sociales, así como contra la estigmatización cultural por condiciones sociales o de clase, entre otras. Considerando los criterios generales del Plan, entendemos como prácticas discriminatorias las siguientes cuestiones:

- Crear y/o colaborar en la difusión de estereotipos de cualquier grupo humano, sean estas del tipo que sean.
- Hostigar, maltratar, aislar, segregar, excluir y marginar a cualquier miembro de un grupo humano.
- Establecer cualquier distinción legal, económica, laboral, de libertad de movimiento, de acceso a determinados ámbitos, o de prestación de servicios sanitarios o educativos a un miembro de un grupo humano del tipo que fuere, con el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento del ejercicio de los derechos humanos o de las libertades fundamentales.

Los usuarios de drogas y sus familias son discriminados de distintas maneras, desde la desvalorización y el acceso desigual a tratamientos, hasta la persecución policial. En virtud de estas consideraciones, en noviembre de 2009, el INADI creó un “Foro contra la discriminación de usuarias/os de drogas y sus familiares”, que se define por un perfil antiprohibicionista y en apoyo de estrategias de reducción de daños, tanto en el campo de la salud como en el social. Entendemos que la estigmatización, la discriminación, la exclusión y la violencia social, política, judicial, sanitaria, la criminalización y el encierro son daños que pueden resultar irreparables, insoportables y además injustificados.

Como antecedente de este foro, en 2008, el INADI había formulado unas recomendaciones que contenían tres puntos esenciales: la necesidad de pensar en el concepto de moderación para proponer distintas regulaciones a los consumos, según sean las distintas drogas utilizadas; exigir coherencia entre la política de derechos humanos, las políticas ambientales y las de drogas; e incorporar la diplomacia ciudadana que realiza la población organizada como estrategia para cuestionar las políticas actuales y proponer alternativas.

Entendemos la cuestión del uso problemático de drogas legales e ilegales como parte del campo de la salud mental y como procesos determinados social e históricamente, que asumen diferentes expresiones en diversos contextos y en la singularidad de los sujetos involucrados. Dentro del campo de la salud mental, la problemática de las adicciones presenta ciertas características particulares que refuerzan las representaciones y prácticas discriminatorias. La estigmatización como proceso que se consolida, en términos de relaciones sociales, les asigna a las personas o grupos que consumen drogas los atributos de defectuoso, anormal, improductivo, irrecuperable y potencialmente peligroso. En el caso de los consumidores de sustancias ilegales, esto se potencia con la penalización del consumo, instalando la peligrosidad como constante y culpabilizando al individuo o a sus referentes más cercanos, a la familia o sus amigos, como responsables de dicha situación.

Esto transcurre en el contexto de una sociedad globalizada que avanza en la medicalización y la psiquiatrización de la vida cotidiana de las personas en

edades cada vez más tempranas, incluyendo la publicidad y la prescripción de medicamentos y alimentos industrializados promovidos como saludables para cada momento de la vida. En este contexto de publicidad de medicamentos, de publicidad de alcohol, y de promoción de respuestas que alivian inmediatamente los malestares o los conflictos que nos aquejan en lo personal o lo colectivo, se instala la problemática de las adicciones y su penalización como una situación que pareciera no estar relacionada con este contexto.

En la Argentina, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el Poder Ejecutivo a través del comité científico asesor en materia de control del tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y criminalidad compleja, las organizaciones de derechos humanos y otras con larga trayectoria en el tema, han impulsado un debate más amplio en la sociedad y han avanzado en la no criminalización de los consumidores.

Esta perspectiva habilita un nuevo espacio donde la persona con uso problemático de drogas, legales o ilegales, ya no será perseguida por la justicia por el consumo en sí mismo. Nosotros rechazamos la disyuntiva “delincuente o enfermo”, porque en realidad pensamos que terminan siendo las caras de la misma moneda, nos queremos posicionar en el respeto a todas las personas como sujetos de derecho; entre ellos uno es, justamente, no ser discriminado por un padecimiento o una conducta.

El abordaje de la problemática desde el campo socio-sanitario abre otras posibilidades y nuevos desafíos. Por un lado, el modelo hegemónico de atención de la salud continúa priorizando los aspectos biomédicos individuales de los padecimientos, incorpora lo social solamente como factores de riesgo y deja de lado las relaciones sociales de poder donde están inscriptos estos padecimientos. Este reduccionismo de una problemática compleja, como son las adicciones, es funcional a la culpabilización de las personas y de sus lazos más cercanos, su familia y sus amigos.

En esta perspectiva, desde el INADI planteamos tres ejes de trabajo. El primero es la no discriminación de grupos en situación de vulnerabilidad, no siempre minoritarios, en relación con los procesos de salud-enfermedad-atención. Es el caso de las situaciones en que las personas que usan drogas no pueden acceder al cuidado de su salud, son rechazadas de distintas instituciones o establecen largas trayectorias de intentos de atención sin respuesta institucional.

El segundo eje son los rótulos de las personas o colectivos sociales. En las prácticas de los profesionales de la salud, muchas veces las distintas formas de escuchar, atender, establecer diagnósticos o causas probables de diferentes padecimientos, suelen acotar la riqueza de un sujeto y sus capacidades, sus deseos, sentires y pensares en un rótulo que pasa a definirlo no solo al interior del campo de la salud, sino en las relaciones familiares y en los lazos comunitarios. De esa forma, ya no se trata de una persona con un problema de salud-enfermedad, sino que ahora es un adicto. Tiene el sello del adicto, definiendo al sujeto por una problemática dada y desalojando otras miradas

sobre su ser hombre, ser mujer, ser amante, trabajador, hijo y amigo; todo esto queda en un lugar absolutamente secundario.

Este eje de trabajo es común a otros grupos en situación de vulnerabilidad, “el discapacitado”, “el síndrome de Down”, “el boliviano”, “el judío”; esta condición, esta pertenencia a un grupo determinado subsume todas las características del sujeto para establecer solo una desde donde mirarlo. En este caso hablamos de “el adicto”.

En el campo particular de la salud mental, en las últimas décadas se ha definido un nuevo rótulo: el paciente dual, aquella persona que atraviesa una situación de padecimiento mental y que es consumidor de drogas. De esta forma no solo se duplica el estigma, sino que se fragmenta a la persona, procurando distintos abordajes parciales para problemáticas aparentemente diferentes y favoreciendo el rechazo o las múltiples derivaciones entre las instituciones o equipos especializados en algunas de estas temáticas.

El tercer eje es el reconocimiento de las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales como sujetos de derecho. Las políticas públicas, estrategias y acciones deben considerar y fortalecer su autonomía en el marco del respeto irrenunciable a la dignidad de todos los seres humanos.

En este marco, el INADI, en conjunto con muchas instituciones del Estado, está apoyando el proyecto de Ley de Salud Mental<sup>1</sup> que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados y que actualmente se encuentra en el Senado; en esta ley es muy importante el artículo cuarto porque establece que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. 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”. Esto marca la problemática de atención de personas con uso problemático de drogas legales e ilegales en la perspectiva del respeto a los derechos humanos de todas las personas y de todas las políticas no discriminatorias.

Para terminar, quisiera señalar la importancia de trabajar articuladamente, tanto entre las instituciones del propio Estado en el ámbito local, como en la articulación regional en los marcos que tenemos, Mercosur y Unasur. Hay un discurso hegemónico que no se puede deshacer sin la articulación, las miradas y los aportes multidisciplinares que podamos realizar. Antonio Gramsci decía que ningún sistema hegemónico es eterno ni permanente. Creo que en la articulación está la posibilidad de poder establecer otras líneas discursivas y otras políticas alineadas en lo que es la defensa de los derechos humanos.

Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.

<sup>1</sup> N. de la E.: Se refiere al proyecto que fue convertido en Ley N° 26.657, el 25 de noviembre de 2010.

# UN PASO ADELANTE EN LOS DESAFÍOS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

**Domiciano Siqueira**

Representante de la Asociación Brasileña de Reductores de Daños, de la que fue fundador y presidente durante cuatro gestiones. Fue también fundador de la Red Paulista de Reducción de Daños y su presidente durante dos gestiones. Dirige Siqueira e Cia., una microempresa en el área de la consultoría y tratamiento en Derechos Humanos y Reducción de Daños.

Voy a avanzar en mi presentación en un camino que quizás es un poco agresivo. No en el sentido de la violencia, sino en el de las reflexiones que venimos transitando desde la experiencia de la reducción de daños y en defensa de la llamada atención integral de los usuarios de drogas.

En primer lugar, querría decir que hablar de la atención integral de los usuarios de drogas es hablar de sus derechos. Los derechos de los usuarios de drogas que defendemos son los mismos que tenemos todos nosotros, que todas las personas de carne y hueso tienen. A partir del momento en que estamos en el mundo, creo que el derecho que debemos promover más es el derecho a organizarnos, y a partir de esa organización, tanto en el sentido de la autoorganización como en la organización de grupos, poder cobrar más fuerzas y delinear los caminos que deben ser seguidos.

Creo que queda claro que el gran conflicto que aparece en la atención y en el debate actual, tanto en el Brasil como en otros países de América Latina, no son los problemas entre negros y blancos, o entre usuarios y no usuarios de drogas. El conflicto común es entre ricos y pobres. La mayor parte de los programas de reducción de daños se justificaron a partir del momento en que comenzaron a trabajar con personas muy empobrecidas, las llamadas poblaciones vulnerables. En ese momento la sociedad tuvo más facilidad para comprender las acciones de reducción de daños, y lo hizo entendiendo que la reducción de daños es, de los males, el menor. Aún tenemos que trabajar en percibir que no es el menor de los males, sino que en las condiciones actuales es lo mejor que hay. Esa es la definición de reducción de daños.

En esta búsqueda de proponer una reflexión sobre el tema, existe una palabra que define bien la ligazón del usuario de drogas con su elección de consumo de drogas, que es la autonomía. Es algo con lo que no nos es fácil lidiar. Aquí, en Brasil, enfrentamos una campaña electoral<sup>1</sup> –me parece que esto se repite en los países hermanos– en la que los candidatos que salen explican por qué no hicieron lo que prometieron, y los que quieren entrar dicen que es lo que van a hacer para dar aquello que nunca llega. Es decir, casa, escuela, educación y salud.

Casa es diferente a familia, casa es un abrigo. Tal vez la gente precise más de la casa que de la familia. Escuela es diferente a educación. Educación es un proceso, un método de transformar a las personas en aquello que no son. Trabajo es diferente a empleo. Nada tengo en contra del empleo, pero empleo es un contrato de trabajo donde se vende la mano de obra a cambio de algún dinero. Trabajo es mucho más que eso. Trabajo, como dice Freud, es terapéutico, puede hasta curar.

Salud es el conflicto entre salud y enfermedad, lo que es necesario profundizar. ¿Por qué no se da casa, escuela, trabajo y salud? Porque quien tiene casa, escuela, trabajo y salud, tiene autonomía. Cuando las personas tienen más autonomía precisan menos de los partidos políticos, la gente va a votar menos. Cuando la gente tiene autonomía precisa menos de las religiones, la gente va a tener menos fe. Y cuando la gente tiene autonomía precisa menos del crimen organizado. Seremos más autónomos si sacamos votos, fe y corrupción de nuestra vida.

Son tres las miradas que organizan el pensamiento social sobre el uso de drogas. La mirada desde la salud ve al uso de drogas como una enfermedad llamada dependencia química y propone, como tratamiento, la clínica psiquiátrica en sus diversos niveles, desde un ambulatorio hasta un hospital.

La segunda mirada es la de la justicia, que es la que está de moda en estos días. La justicia no ve el uso de drogas como una enfermedad sino como un delito y, por tanto, el tratamiento no es la clínica psiquiátrica sino la punición.

La tercera y última mirada sobre las drogas es la de las religiones, que no la ven como una enfermedad ni como un delito, pero sí como un pecado. Por tanto, el tratamiento no es la clínica psiquiátrica ni la punición, sino la conversión.

Estos tres puntos de vista sobre el consumo de drogas explican el gran mal que se hace a los usuarios de drogas. Mal que no es a cuenta del consumo de drogas, sino de los conceptos que, en mi opinión, hacen más mal que el consumo de drogas.

Por ejemplo, ese concepto religioso de pecado que requiere una conversión, ¿qué significa pecador?, pecador es aquel que va al infierno, pero para ir al infierno hay que pasar primero por el cementerio. Creo que eso explica por qué Brasil es el país que más mata a los usuarios de drogas de entre 14 y 29 años. Es

<sup>1</sup> N. de la E.: Se refiere a las elecciones presidenciales de octubre de 2010, en las que resultó electa Dilma Rousseff.

porque precisan convertirlos. Creo que se entiende que un usuario no hace el análisis que estoy haciendo, pero siente esto que socialmente estamos diciendo. Al usar su droga él siente que es un enfermo, un delincuente, un pecador. Todo enfermo sabe que su camino es el hospital, todo delincuente sabe que su camino es la cárcel y todo pecador sabe que su camino es el infierno.

Cuando se escuchan casos de personas que dicen: “fulano robó dentro de su casa para usar drogas, la culpa es de la droga” tal vez no sea de la droga, tal vez él esté simplemente confirmando esa mirada que nosotros ya tenemos de él. Cuando los usuarios de drogas llegan a los centros de tratamiento diciendo “yo quiero tratamiento porque estoy enfermo por la dependencia química y quiero socorro” y se quedan en el tratamiento diez, quince o veinte días y no lo completan, como sucede con la mayoría, no es porque estén mintiendo, es porque para recibir un poco de atención necesitan decir aquello que nosotros queremos oír. Porque si ellos no dicen lo que nosotros queremos oír, no se quedan en el tratamiento.

Mi propuesta es la creación de un cuarto punto de vista. Mejor dicho, la construcción, la continuidad de la construcción de un cuarto punto de vista que sería el punto de vista de la ciudadanía, que no viene como enfermedad, delito ni pecado. Viene como un derecho.

Aquí comienzan los problemas, porque seguramente van a preguntar “¿usted está diciendo que una persona tiene derecho a usar drogas?” y voy a tener que responder que sí, a la luz del derecho fundamental de que el cuerpo es de cada uno de nosotros, de la piel para dentro quien manda es uno. Las personas no consiguen entender que nosotros somos dueños de nuestra propia vida y esto se debe a los procesos educacionales, a los procesos de masificación, que nos vuelven iguales cuando en la realidad somos totalmente diferentes.

Me parece que lo que los usuarios de drogas precisan, principalmente aquellos que tienen problemas con los tratamientos, es un tratamiento digno. Sé que lo que voy a decir trae mucha polémica, pero creo que son fundamentales las salas de consumo de drogas. Más temprano que tarde las vamos a tener que asumir. Esos son espacios de ciudadanía, de reflexión, espacios de dignidad, son una gran alternativa y tal vez debiesen ser el primer paso para la producción de una política de atención integral al usuario de drogas.

Quiero preguntar esto: ¿qué es lo que los usuarios de drogas precisan? Lo que precisamos para transformar nuestra vida, individual o colectivamente, es una vida un poco más saludable, una vida un poco más humanizada. Me acuerdo de una frase que siempre repito de un profesor de la Universidad Federal de Bahía que decía: “prevención es tener a donde ir, tratamiento es encontrar la puerta abierta, fuera de eso, todo es reducción de daños”.

Otro de los desafíos sobre el que es necesario reflexionar se plantea cuando se habla de la legalización de las drogas, de la regulación de la producción y el consumo de drogas. Voy a dar un paso adelante y sugiero la lectura de un libro de Marisa Feffermann (2006) en el que analiza a las personas que son trabajadores del tráfico de drogas en San Pablo. Ella nos invita a pensar que si



mañana amaneciésemos con las drogas legalizadas en Brasil habría, solo en la ciudad de San Pablo, desempleo en masa. Cerca de un millón de vapores, un millón de aviones, un millón de pequeñas mulas del tráfico de drogas –que son en su gran mayoría personas de menos de 18 años– tendrían que, a partir de la legalización de las drogas, disputar un lugar de trabajo con personas mucho más preparadas que ellas.

Yo soy favorable a legalizar las drogas, pero estoy trayendo un desafío que viene inmediatamente después de eso. En un país que se caracteriza por el desempleo, ¿cómo vamos a absorber una mano de obra tan grande que estaría a partir del día siguiente descalificada?

Se habla mucho en los foros de reducción de daños sobre sacar las drogas del área de justicia, de las manos de la policía y traerlas para el área de salud. Un paso al frente significa comenzar a reflexionar ya. ¿Será que los usuarios de drogas aceptan las drogas legalizadas y puestas para su regulación en el campo de la salud? ¿Aceptan que un médico, un psiquiatra o un psicólogo digan cuánto de cocaína podemos inhalar o cuántos cigarrillos de marihuana podemos fumar en una semana? ¿Eso es responsabilidad de la salud también? o es que estamos hablando de salud solo en el sentido de tratamiento y ahí vuelve a ser lo que era antes.

Respecto de la nueva ley de drogas en Brasil quisiera señalar que es una ley que avanzó un poco, pero aún penaliza. En mi opinión, la punición propuesta por esta ley, lo que se llama penas alternativas, son un gran error. En la realidad las penas alternativas son, en su gran mayoría, prestación de servicios a la comunidad y esto no puede ser un castigo, tiene que ser un placer. Estamos aprendiendo desde chiquitos que prestar servicio a la comunidad es un castigo que es dado a las personas que cometen cosas erradas.

Para terminar quiero recordar que, en marzo de 2009, el Consejo Nacional de Políticas de Drogas (CONAD) admitió que para justificar la prohibición de la marihuana, el gobierno brasileño usó datos falsificados en las reuniones internacionales de 1932 y 1961. Si vivimos en un sangriento error histórico ya reconocido por la CONAD, ¿será que llegó la hora de construir una cultura de paz y tolerancia? O, al menos, empezar a pensar en ella.

Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

### ■ Referencias

Feffermann, Marisa (2006): *Vidas arriscadas: o cotidiano de jovens trabalhadores do tráfico*. Petrópolis: Vozes.

# EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN A USUARIOS DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA

A mediados de la década de 1970, la representación social de los usuarios de drogas como personas autodestructivas e incapaces de cuidado se volvió hegemónica. Esta visión impregnó la construcción de las respuestas preventivas y asistenciales dirigidas hacia ellos, que se basaron, fundamentalmente, en el logro de la abstinencia. Las acciones preventivas se dirigieron especialmente a evitar el inicio del consumo de drogas entre los jóvenes, y las asistenciales, en el tratamiento de quienes se disponían a “dejar las drogas”, en este caso, con la utilización de dispositivos de encierro como principal medida terapéutica.

En la década siguiente, la alta prevalencia de la epidemia provocada por el VIH entre los usuarios de drogas mostró la importancia de desarrollar acciones preventivas y asistenciales hacia quienes usaban drogas, pero no querían o no podían iniciar tratamientos. Asimismo, adquirieron visibilidad las serias dificultades de los usuarios de drogas para el acceso a los servicios sanitarios, sobre todo debido a que eran considerados como personas que tenían una actitud despreocupada con respecto al cuidado de su salud. Esta situación promovió la implementación de la estrategia de reducción de daños en la región, al mismo tiempo que se desarrollaban distintos procesos (como la salud colectiva o el movimiento de reforma psiquiátrica) que cuestionaban la centralidad de los dispositivos de encierro en la atención de la salud mental y promovían el desarrollo de propuestas alternativas.

Las ponencias que constituyen este capítulo discuten los alcances y desafíos actuales de la atención por uso de drogas en Brasil, Colombia, Chile, Paraguay y Uruguay. El panorama que presentan es heterogéneo: se pueden advertir diferencias entre países, no solo en torno a las características de los patrones de uso de drogas, sino también en cuanto a las particularidades de las políticas de control de la oferta y la demanda de drogas y del sistema de salud.

A pesar de estas diferencias, los autores describen algunos problemas comunes: la persistencia de procesos de estigmatización social, las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios y la gravedad de los problemas que enfrentan quienes viven en situaciones signadas por la violencia urbana y la pobreza. En este sentido, las distintas experiencias muestran que la imple-

mentación de la estrategia de reducción de daños ha sido eficaz para acercar a los usuarios a los servicios de salud, al proponer objetivos intermedios y alcanzables para ellos e incluirlos en el diseño e implementación de las acciones de prevención y asistencia.

La lectura de estos trabajos contribuye a la discusión sobre la centralidad que ha tenido el modelo biomédico en la atención de los usuarios de drogas y brinda elementos para construir respuestas sanitarias integrales, centradas en la promoción de los derechos humanos. Entre estos elementos, pueden mencionarse la importancia del trabajo en territorio, de la participación comunitaria y del fortalecimiento de las redes sociales para facilitar la integración de los usuarios de drogas, especialmente de aquellos que viven en situación de vulnerabilidad social.

Como señalan los autores, los usuarios de drogas deben constituir el centro de las propuestas asistenciales. Este principio orienta la construcción de servicios sanitarios que se adecuen a sus necesidades y que resulten cercanos y amigables para ellos. En este aspecto, cobra relevancia la posibilidad de que el diseño e implementación de estrategias de prevención y asistencia se construyan en torno al diálogo sobre las experiencias de uso de drogas, los significados que los usuarios les otorgan a sus prácticas y la relación que han establecido con los servicios de atención de la salud, pero también sobre los supuestos que guían las intervenciones de los especialistas (muchas veces basados en representaciones sociales estigmatizantes) y sobre la adecuación de las estrategias de atención a los cambios producidos por la dinámica social.

## **Araceli Galante**

Trabajadora social, becaria de doctorado por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Es integrante del equipo de Investigación de Intercambios Asociación Civil y del Proyecto UBACyT SO44, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

# PROXIMIDAD: UNA NOCIÓN CLAVE PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS DE DROGAS

**Tarcísio Matos de Andrade**

Médico, magister y doctor en Medicina por la Universidad Federal de Bahía (Brasil). Psicoanalista. Profesor adjunto y coordinador del Servicio de Extensión Permanente Alianza de Reducción de Daños Fátima Cavalcanti de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía.

Desde una perspectiva bastante conocida, se plantea el uso de drogas como un fenómeno en el que interactúan tres factores: la droga, el ambiente y el sujeto. No obstante, esto no es suficiente para tener una percepción plena de lo que pasa en relación con el consumo de drogas. Aun sabiendo la existencia de estos tres factores, se suele ubicar a la droga como determinante del ambiente y del consumidor. Lo que necesitamos incorporar en las políticas públicas es una reflexión mayor acerca de la centralidad del sujeto, en la que el ambiente existe en cuanto representación simbólica de lo que es para él, al igual que el producto droga, que siempre es una sustancia inanimada significada por el sujeto que la consume.

Una mujer que entrevistamos decía: “Tomaba [se refería a droga inyectable], cuando estaba desesperada, así, preocupada con alguna cosa, que yo no sabía hacer nada, así. Así y cuando mi hija está enferma y yo sin dinero, sin resolver esos problemas, no da para ir al mercado, yo estoy sin dinero, que mi hija está mal, ahí tomo. Droga, me ofrecen y yo uso, lo único que siento es atontada, fuera de eso fumo marihuana”.

Ella está hablando de la razón por la que consume drogas. Entonces es necesario estar donde esas personas están. Escuchar sus historias para tener una comprensión de lo que efectivamente les pasa. Lo que esa mujer nos dice está en sintonía con lo que dice Boff (1999) cuando habla de un “difuso malestar que aparece por debajo del fenómeno del descuido, de la desatención”.

¿Cuál es la vivencia de las personas que viven en la calle y usan drogas? En un trabajo con los usuarios de drogas atendidos en un servicio de reducción de daños en la ciudad de Salvador, Bahía (Rodrigues y Andrade, 2009), hallamos que los usuarios atendidos se constituyen en una población de bajos ingresos, con

bajo nivel de escolaridad y excluidos del mercado formal de trabajo. Son *cata-dores de lixo*,<sup>1</sup> vendedores ambulantes, profesionales del sexo, pequeños vendedores de drogas y algunos con trabajos intermitentes. La cotidianidad marcada por la violencia, los robos, asaltos y sobresaltos tornan al consumo imperativo. Para ellos fumar crack y disfrutar de sus efectos “paranoicos”, según su propia percepción, es funcional a la vida en la calle, sobre todo cuando este espacio público es su morada. Mantenerse en vigilia durante la noche, “colocado”, atento a todo y a todos, es condición *sine qua non* para mantenerse vivo.

Como parte de una investigación mayor en diez municipios brasileños, nosotros encontramos en la ciudad de Salvador algunas condiciones sociodemográficas en una muestra de 424 usuarios de drogas ilegales de barrios pobres. Es una población mayor de 18 años, 73% de sexo masculino. El 68% es analfabeto o no había concluido el primer grado, el 73% sin ingresos o ganando menos de un salario mínimo, el 43% no trabajaba y el 47% lo hacía por cuenta propia, vivía de changas, de economía informal; el 9,6% tenía empleo y en apenas el 2,2% se trataba de uno formal. No estamos hablando de personas que vivían en la calle, sino que vivían en sus propias casas, muy pobres, con hijos, una parte de ellas viviendo con su pareja pero en situaciones absolutamente adversas.

El uso de drogas es una práctica común a todas las clases sociales, pero el mayor precio por los posibles problemas relacionados con esta práctica lo pagan las poblaciones socialmente desfavorecidas, marginalizadas. Absolutamente lo mismo que sucede con cualquier condición de salud. El individuo que tiene un infarto de miocardio, si tiene acceso a servicios de salud es atendido dentro de la primera hora y eso cambia la supervivencia de ese individuo. Si vive en la periferia y es pobre, puede pasar la noche entera de hospital en hospital y eso cambiará completamente el pronóstico. Entonces el mayor precio lo paga la población más pobre.

Nuestros servicios de salud, a pesar de las concepciones teóricas que circulan entre nosotros, continúan siendo hospitalocéntricos, continúan funcionando en la lógica del biopoder, con una práctica verticalista y distante de las necesidades de las personas, que solo pueden ser aprehendidas en su cotidianidad, en la vivencia con ellas, donde ellas están, donde ellas viven. Nuestros servicios de salud tienen un funcionamiento inadecuado, tienen fila de espera y un horario de atención en el que no es raro que el individuo deba llegar a las cinco de la mañana para ser atendido. Una persona que vive en las condiciones que describimos difícilmente se adecuará a este servicio de salud, que no tiene condiciones para absorber a estas personas. Son servicios de exclusión social, que acentúan la exclusión social de esas personas.

Por esta razón tenemos una demanda baja y es común que atribuyamos a las propias personas desfavorecidas socialmente la responsabilidad de no buscar

<sup>1</sup> N. de la E.: Se denomina así a las personas que buscan elementos, para utilizar o vender, entre los residuos.

el servicio de salud, cuando somos nosotros quienes no les ofrecemos el servicio que necesitan; y además de baja demanda tenemos baja adherencia, evidentemente, porque las prácticas están dissociadas del contexto en que viven.

Nuestro sistema de salud tiene una serie de dificultades para integrar las acciones de atención a las personas que usan drogas. Tenemos una política muy bien formulada, muy bien concebida y completamente distante de su formulación en cuanto ejercicio práctico, en su ejecución.

El énfasis en la atención básica en salud en nuestro país es todavía reciente y presenta una estructura organizacional en construcción. Ese énfasis en la atención básica, en la convivencia con la comunidad, modifica un poco el modelo hospitalocéntrico; es un paso adelante pero todavía no es condición suficiente. Los profesionales de salud de los programas comunitarios tienen dificultades para lidiar con las cuestiones relacionadas al uso de drogas por desconocimiento sobre los factores biopsicosociales relacionados al consumo, por reproducción de preconceptos del sentido común acerca de las drogas y sus usuarios, y por miedo de exponerse a la violencia del tráfico.

Tanto los preconceptos como la legitimidad de las prácticas de reducción de daños todavía alimentan la resistencia a las mismas a pesar de que hacen parte de las políticas públicas de salud y que la reducción de daños es oficial para el gobierno brasileño, es una política oficial. La verdad es que hay una gran dificultad de esos trabajadores de atención básica, aun de los que viven en las comunidades, para internalizar las prácticas de reducción de daños. Porque, en esencia, lo que caracteriza a las prácticas de reducción de daños, más que el intercambio de jeringas y la provisión de pipas, es una postura subjetiva del trabajador en relación al trabajo de ejercer en el campo, y que es bien diferente de las prácticas convencionales de salud.

Quiero hacer ahora algunas observaciones respecto de las políticas sociales para las poblaciones desfavorecidas en nuestro país. Para personas de “segunda categoría”, soportes de segunda categoría, o como decía Joãozinho Trinta:<sup>2</sup> “Al que le gusta la pobreza es un intelectual, al pobre le gustan las cosas buenas”. Entonces, cuando el pobre pide, en la periferia de una gran ciudad, una cancha de tenis, es necesario saber por qué la pidió antes de rechazar la propuesta y considerarla inadecuada.

Desprecio por la experiencia, ya sea de la propia población de usuarios o de proyectos exitosos. La avidez por lo nuevo, nos ha hecho dejar de lado experiencias extremadamente exitosas. El Proyecto Axé<sup>3</sup> es un ícono de experiencia

<sup>2</sup> N. de la E.: João Clemente Jorge Trinta o Joãozinho Trinta (1933) es un artista plástico famoso por sus creaciones para el carnaval brasileño.

<sup>3</sup> N. de la E.: El proyecto Axé fue creado en 1990 en Salvador de Bahia con un eje central en el proceso de educación en la calle. Su propuesta se inscribe como un proyecto de educación para quienes viven en la exclusión, con clara actuación política y pedagógica. Su fundamento consiste en poder brindar la mejor educación posible para los más pobres.

exitosa con niños de la calle. En Bahía y en Brasil ellos viven en completa falta de asistencia de los poderes públicos que están imaginando nuevas fórmulas de dar atención a las personas en situación de calle y despreciando experiencias extremadamente exitosas. Las propias personas que usan drogas tienen mucho que enseñarnos y nosotros insistimos en crear políticas para ellos. Insistimos en posturas paternalistas en lugar de construir el saber con ellos.

Los recursos son escasos para estudios e intervenciones que privilegian la realidad de las personas que usan drogas por ellas mismas, “sociólogos prácticos”. Los recursos son insuficientes para proyectos de generación de ingresos en perspectiva de sustentabilidad. Hemos presentado proyectos que modificarían la vida de esa población. Pero naturalmente son proyectos caros, cuestan dinero, y entonces el poder público recula e insiste con proyectos de poca repercusión y de poca perspectiva futura, como si las personas que van a hacer trabajos artesanales, por ejemplo, pudiesen vivir de artesanías hechas con palitos de helado.

A pesar de las mejoras de las condiciones sociales, Brasil todavía es un país de profundas diferencias sociales. No es solo el hecho de que existen poblaciones muy pobres, sino que existe una concentración de ingresos excesiva y una trampa de los medios que dicen que las personas pobres, las personas desvalidas, pueden tener acceso a bienes que efectivamente no tendrán. Es como si se las invitara al baile y al llegar a la puerta, esta estuviera cerrada con rejas.

Y para terminar, quiero referirme a la formación del personal. Para ello retomo a José Larossa Bondia, un español del área de educación que me parece muy pertinente para pensar políticas de formación. Larossa Bondia (2001) traza un paralelo y confronta información y opinión versus experiencia, y caracteriza la información como conocimientos en alta velocidad y rotatividad, con opinión sobre cualquier cosa. Nosotros tenemos esa sensación de ser personas bien informadas y damos opinión sobre todo porque tenemos informaciones de todas las naturalezas. Y cuando tenemos un área socialmente dura, rara, difícil de ser trabajada (como lo es el área de drogas), no faltan personas con buenas intenciones, con informaciones lo más diversas posibles, pero completamente distantes, de lo que efectivamente constituye la experiencia.

La experiencia, según este autor, es lo que nos pasa, lo que nos acontece, lo que nos toca. No lo que pasa, acontece o toca. Efectivamente, lo que marca la piel, lo que se construye en nuestra propia alma. Y el sujeto de la experiencia sería algo como un territorio de pasaje, algo como una superficie sensible que aquello que acontece afecta de algún modo, produce algunos afectos, inscribe algunas marcas, deja algunos vestigios, algunos efectos.

Esa es la esencia de la reducción de daños. No da para pensar política pública de atención del uso de drogas sin la convivencia en las calles; cada día asistimos a más cursos de capacitación, de educación a distancia: un mundo

de personas informadas sobre las drogas y nuestra realidad es la misma. La violencia es la misma porque falta quien escuche a esas personas, viviendo donde ellas viven, aprendiendo con ellas para, a partir de ahí, constituir una nueva realidad.

Permitir a esos individuos la posibilidad de otra construcción, o sea, pasar del papel de quien va a determinar lo que el otro debe hacer (que es extremadamente seductor) a otro más simple, donde el individuo se coloca como mero facilitador de lo que le es posible al otro. Y ese es el camino de nuestras políticas sobre drogas. Ese es el camino de nuestras políticas de salud. Esa es la esencia de las relaciones sociales, en un clima de respeto y ética de relaciones bien constituidas.

Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

### ■ Referencias

- Andrade, Tarcisio Matos (1996): "Condições Psicossociais e exposição ao risco de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em uma comunidade marginalizada de Salvador, Bahia". Tesis de doctorado presentada al Programa de Pos Graduación en Medicina y Salud de la Facultad de Medicina de Bahia.
- Boff, Leonardo (1999): *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes.
- Larrosa Bondia, José (2001): "Notas sobre a experiência e o saber de experiência". Conferência Produzida no I Seminário Internacional de Educação em Campinas, São Paulo.
- Rodrigues, L.B. y T. M. Andrade (2009): "Uma avaliação qualitativa das ações de redução de danos e da sua recepção por parte dos usuários de drogas na cidade de Salvador, Bahia, Brasil". 5ª Conferencia Latina sobre Reducción de Daños, Porto (Portugal).





# LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS DE DROGAS. AVANCES EN COLOMBIA

**Inés Elvira Mejía Motta**

Psicóloga por la Universidad de Los Andes (Colombia), con especialización en políticas e intervenciones en drogas y alcohol por la Universidad de Londres (Reino Unido) y magister en Política Social por la Universidad Javeriana (Colombia). Desde 2004 asesora al Ministerio de la Protección Social de Colombia en temas vinculados a la oferta de servicios de atención por drogas de ese país y en la actualidad coordina la unidad de gestión responsable de implementar la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto.

Me interesa transmitir la experiencia de Colombia en el marco de la política de reducción de consumo de drogas que se viene trabajando en el Ministerio de la Protección Social. Para ello es necesario mencionar algunos antecedentes.

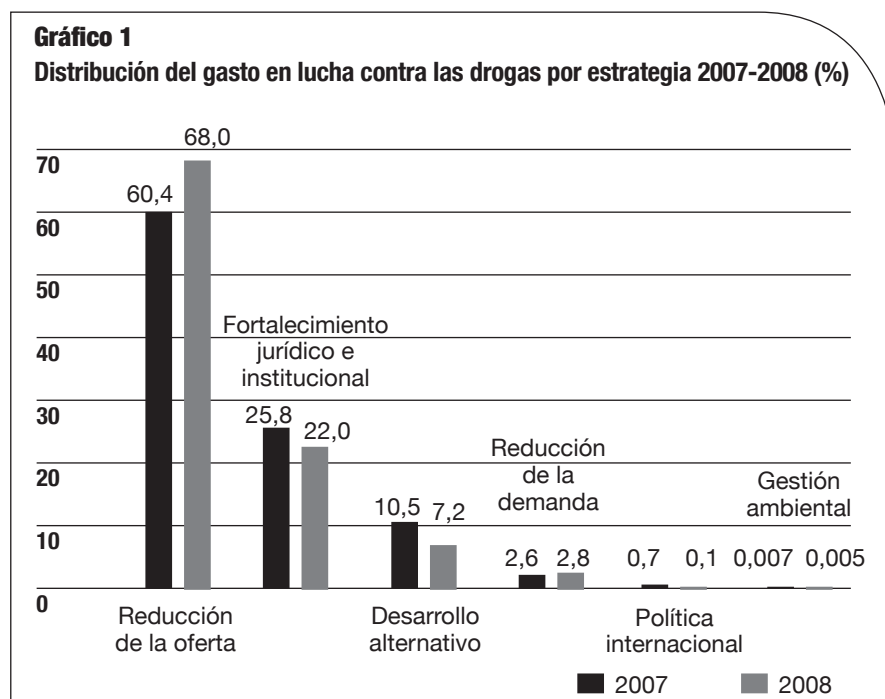
Colombia es un país que tiene 47 millones de habitantes, con una gran diversidad cultural y étnica, lo cual complejiza las intervenciones en temas como el consumo de drogas. Al igual que otros países de la región, tiene un alto índice de desigualdad. Colombia es un país cuya historia ha estado marcada por una violencia estructural que ha tenido orígenes muy diversos, entre ellos el contrabando, a principios del siglo XX, y aproximadamente a mediados de ese siglo la constitución del narcotráfico y los movimientos guerrilleros, el paramilitarismo, la delincuencia común y hoy en día lo que se llama el “fenómeno de las bandas emergentes”, que han empezado a generar un importante nivel de violencia en las grandes ciudades del país, en particular Cali y Medellín.

De acuerdo a algunas fuentes, aunque existen variadas informaciones al respecto, hasta hace poco tiempo Colombia ocupaba el primer lugar como productor de cocaína en el mundo y oscilaba entre los primeros cinco puestos de producción mundial de heroína.

Hasta 2008, el “problema” de las drogas era básicamente de oferta, producción y tráfico, y esto es un elemento clave para pensar la construcción de la política de reducción de demanda en el país. Dentro de la política antidrogas elaborada a través de un plan estratégico 2007-2010, hay cinco áreas de traba-

jo además de la reducción de la demanda: reducción de la oferta, desarrollo alternativo, lavado de activos, política internacional y fortalecimiento jurídico-institucional.

Entre 2007 y 2008, el gasto antidroga alcanzó el nivel histórico de mayor participación, este y el gasto militar general están cerca de representar entre el 2 y 4 % del PBI del país, equivalente a 3,4 billones de pesos colombianos. Son cifras que invitan a preguntarse por lo que se podría hacer en política social si el dinero se invirtiera no solo en política militar y antidroga. En el Gráfico 1 se puede observar la gran desproporción entre las áreas de reducción de oferta, fortalecimiento jurídico, desarrollo alternativo, política internacional y gestión ambiental, todas ellas vinculadas a las políticas de reducción de la oferta de drogas, y el área de reducción de demanda que equivale solamente a un 2,8% de la inversión en la política antidroga del país.



En Colombia, la estructura de la política antidroga está dividida en los controles de la oferta y de la demanda: la primera depende, como en la mayoría de los países, del Ministerio del Interior y Justicia, el de la demanda está a cargo del Ministerio de la Protección Social; esto marca una pauta diferencial en términos de la filosofía y del acercamiento a esa realidad que enfrentamos.

Desde 2003 es el Ministerio de la Protección Social quien lidera la gestión de la política de reducción de demanda de una manera intersectorial y desde una lógica de la protección social. Colombia ha sido un país con una

gran claridad respecto del tema de la oferta, pero lo referido a la demanda de drogas ha sido un tema invisibilizado. Uno de los grandes avances es que se ha podido posicionar, tanto en el ámbito nacional como local, la relevancia de abordar políticas específicas para la reducción de la demanda. También hay otros aspectos, menos favorables, que han contribuido a esa visibilidad.

Un estudio nacional de hogares, realizado en 2008, mostró que Colombia ocupa un nivel medio en lo que se refiere a demanda de drogas en la región. Estamos por encima de Ecuador, Perú y Chile, pero por debajo de Uruguay, Argentina, Paraguay y Brasil.

Lo que este estudio disparó ha sido el supuesto erróneo de que el incremento en el consumo de drogas se debe a la despenalización del uso y porte de la dosis mínima personal de droga que ocurrió en 1994. Desde el Ministerio del Interior y Justicia se hizo una lectura parcializada de los datos que presentaba el estudio, y se atribuyó el aumento del consumo a la legislación que en ese momento estaba en curso.

En paralelo hubo una presión importante por la inseguridad urbana, y en el marco de la política del presidente Álvaro Uribe sobre la seguridad democrática, esa inseguridad urbana se atribuyó básicamente al microtráfico. Las autoridades atribuían al microtráfico la responsabilidad de la inseguridad y de todos los problemas que se estaban presentando en la ciudad.

Todos estos hechos fueron los que ambientaron el retroceso de más de 20 o 25 años que sufrió la política colombiana en materia de drogas. En este momento, nuevamente el porte de la dosis para uso personal está prohibido, lo cual es un enorme retroceso y pérdida para el país. Si bien no hay cárcel para los usuarios de drogas, existe el tratamiento obligatorio bajo el argumento del derecho a la salud. En este momento se cuestiona ampliamente la autonomía del consumidor de drogas para decidir cuándo y cómo pedir ayuda, cuándo entrar a tratamiento y si quiere o no ese tratamiento.

Han existido otras coexistencias que han dado impulso a la política de reducción de la demanda. En Colombia el consumo de alcohol y otras sustancias está dentro de las 20 causas de carga de enfermedad y dentro de los tres primeros problemas de salud mental, con una prevalencia del 10,6%. En 2006 se definió a la salud mental y al consumo de sustancias estupefacientes como una de las cuatro prioridades en salud pública, lo cual nos ha permitido avanzar de manera importante en el contexto local.

En 2006 se formuló y en 2007 se aprobó la política específica de reducción en el consumo de estupefacientes. Esta política se montó desde una lógica de protección social extendida, cuya base central es el concepto de vulnerabilidad, y también se basó en los conceptos de la promoción de la salud y sobre los principios rectores de reducción de demanda, en particular aquellos que hablaban sobre la importancia de quitar la ideologización de las políticas de drogas y respetar las opciones individuales y las diferencias en las sociedades.

Ha habido muchas fases en la construcción de esta política, que incluyó un componente basado en el desarrollo de estrategias de base comunitaria. Los conceptos transversales a la política es que una política que pretende ser social en el país tiene que promover el ejercicio ciudadano, restituir derechos, desarrollar capacidades, abrir oportunidades de participación y deliberación, y facilitar procesos de pertenencia e identidad de las personas a la comunidad, independientemente de la situación problemática en la que estén. Estos principios se han plasmado en un documento llamado “Hacia un modelo de inclusión social para las personas consumidoras”, que da la pauta política para empezar a trabajar desde una perspectiva comunitaria, de base y verdaderamente integral.

La base de esto es que el tema del consumo de drogas es muy complejo en su etiología y sus manifestaciones, y por eso es importante trabajarlo desde una perspectiva integral.

Otros conceptos transversales son el de vulnerabilidad y de gestión social de riesgos. Básicamente, estos conceptos nos permiten hacer énfasis en el sujeto y en el papel de las redes informales. Estas redes informales, junto con la asistencia social, generan lo que en el modelo de la protección social se llama “redes de protección social”, con las que se busca reducir al máximo el riesgo de perder activos o capitales humanos cuando las personas se enfrentan a situaciones de riesgo o amenaza. El consumo de drogas es visto desde esta perspectiva como una situación de riesgo o amenaza.

La cuestión de la exclusión social ha sido otro concepto transversal para esta política. Todos los temas de inclusión social han sido de altísima pertinencia, en especial desde dos dimensiones. Desde la social, por la falta de oportunidades de integración socio-laboral que llevan a una pérdida de estatus y de dignidad de la persona, en particular de quien consume drogas. Desde la dimensión política, como la negación de los derechos fundamentales de las personas, independientemente de su condición de consumidores.

Los objetivos estratégicos de esta política han sido planteados en términos de reducir la vulnerabilidad al consumo interviniendo de manera integral los factores macrosociales, microsociales y personales más predictivos del consumo; reducir el impacto del consumo ofreciendo medios oportunos (información, servicios, asistencia y apoyo) a los individuos, las familias y las comunidades; y crear capacidad para que las entidades territoriales mejoren la calidad y oportunidad de su respuesta al consumo y sus consecuencias.

Hay tres ejes particulares que son los que se han venido trabajando en el marco de esta política. Uno de ellos se refiere a la mitigación de las consecuencias del consumo. Se busca que las personas accedan oportunamente a servicios a través de las redes, se trabajan aspectos vinculados al control social y la autorregulación del consumo para minimizar la incidencia de la accidentalidad y de los problemas de convivencia asociados al consumo de alcohol y otras sustancias. Al mismo tiempo se intenta facilitar información

objetiva que le permita a la gente tomar decisiones informadas, y reducir el estigma y la discriminación a través de las estrategias de inclusión activa de pares.

El debate que hubo en Colombia tuvo que ver con el vacío y la brecha que se ve, compartida en toda Latinoamérica, entre las acciones para quienes no consumen drogas, que son todas las acciones de prevención, y las destinadas a quienes han decidido superar su dependencia, que son las acciones de tratamiento y de rehabilitación. Entre estas dos situaciones existe un vacío que podría formularse con la pregunta de ¿qué pasa con los que consumen y van a seguir consumiendo? que son la mayoría de los consumidores.

Un estudio en Colombia muestra que solamente el 5% de todas las personas que consumen drogas están dispuestas a acceder a un tratamiento. Esto implica una enorme brecha de servicios y de atención para la población usuaria. Básicamente con ellos planteamos la reducción de la vulnerabilidad al riesgo y al daño prevenible y evitable con acciones puestas en el eje de la mitigación. Si queremos hacer políticas integrales debemos bajar a este nivel, porque de lo contrario no estamos trabajando realmente con la población activamente usuaria. Esto, básicamente, nos invita a pensar que el consumo no es lo único que debemos tratar, que hay otras condiciones de vulnerabilidad asociadas.

Uno de los principales elementos en lo que es necesario trabajar, es la reducción del estigma y la discriminación, porque es uno de los factores que incrementa la vulnerabilidad al riesgo, al daño y a otro tipo de riesgos asociados. Esto solo es posible si se trabaja integralmente reduciendo las barreras de acceso a los servicios y dando respuesta a la mayor cantidad de necesidades.

Lo integral implica comprender el contexto, evaluar las necesidades, evaluar los recursos que la comunidad tiene disponibles y determinar las brechas que es necesario llenar. Esto se logra con la construcción de dispositivos comunitarios y dispositivos de redes. El gran énfasis está en eso, en acercar los servicios a la gente, en humanizarlos, en quitar de encima la lógica clínica de los trastornos y la enfermedad para integrar la mirada sobre los determinantes sociales y del contexto. Aquellos dispositivos que son capaces de producir sufrimiento, también pueden cambiar de manera importante las realidades.

Hoy en día, Colombia enfrenta un reto que nos tiene muy preocupados, que es el incremento del consumo de heroína. Si bien aún se está fumando, aspirando o inhalando, sabemos de grupos que han empezado a inyectarse. Lo primero que debemos saber es la seroprevalencia en esos grupos y empezar a actuar. Estamos avanzando en la integración de la agenda de drogas con la del VIH, que históricamente han trabajado muy separadas pero la vivencia nos indica que es necesario modificar esto. Ya tenemos, en Antioquia, una de nuestras primeras clínicas de metadona, que actualmente está atendiendo a 150 usuarios, con una lista de espera de 200 y tantos.

Para cerrar me gustaría compartir una reflexión de Peter Bernstein (1996), quien señaló que “la idea revolucionaria que define la frontera en-

tre la era moderna y el pasado, es el dominio del riesgo: la noción de que el futuro es más que un capricho divino y que los hombres y mujeres no son inermes frente a la naturaleza”. Nosotros esperamos que tampoco frente a la legislación.

■  
Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

### ■ Referencias

Bernstein, Peter L. (1996): *Against the Gods – The remarkable story of risk*. Nueva York: Wiley.

# LA ATENCIÓN INTEGRAL... INTEGRAR LA ATENCIÓN

**Manuel Fresco**

Médico psiquiatra y psicoanalista. Director del Centro Nacional de Control de Adicciones, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. Presidente de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Profesor en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Paraguay.

Voy a hablar desde lo que se conoce tradicionalmente como el discurso médico-sanitario, entendiendo que si tomamos a la problemática drogas como una enfermedad, este discurso médico pretende salir de los límites usuales de comprensión del fenómeno en el que generalmente se lo encaja. Mi exposición va a tener un breve perfil de lo que son datos epidemiológicos, algunas precisiones conceptuales que considero importantes, algunas definiciones sobre los problemas y después algunas consideraciones sobre actores, escenarios y acciones.

¿Qué información tenemos en este momento en Paraguay? Los que consultan al Centro Nacional de Control de Adicciones, que es el centro de referencia especializado para todo el país, son cada vez más jóvenes y cada vez más policonsumidores. El perfil de usuario de una sola sustancia prácticamente no existe. Las drogas legales están en el inicio del consumo, pero siguen siempre presentes, alcohol, tabaco, psicofármacos.

Una cuestión interesante es el incremento de prevalencia del consumo de alcohol en las mujeres. En las últimas investigaciones que hizo el Observatorio de Drogas de la Secretaría Nacional Antidrogas se ve cómo, año a año, esto va creciendo; en 2001 había diferencia entre varones y mujeres, con valores de 36,1% y 29,9% respectivamente. En el 2003 la relación se acorta –39,6% para varones y 38,6% para las mujeres– y en 2005, claramente, las mujeres están por encima del consumo de los varones, con 42,6% para las mujeres y 41,8% para los varones. Tenemos que tener en cuenta que es una muestra sesgada porque son pacientes que llegan después de muchos años de consumo y muchos de ellos concurren al Centro con órdenes judiciales. Es decir, no es una población que se ajuste al perfil habitual de los consumidores, aunque pensamos que sí están representando al consumo problemático.



A propósito de las precisiones conceptuales, comenzamos a hablar de problemas relacionados al consumo de drogas y, para no limitar la cuestión a el farmacodependiente, el drogadicto o el toxicómano, enfatizamos en la cuestión del uso problemático. Los conceptos tienen dos dimensiones: una parte que tiene que ver con la comprensión o contenido, lo que estamos intentando transmitir como comunicación o el objeto que se quiere determinar; la otra dimensión es la extensión, que son los objetos que el concepto comprende. Entonces, cuando nosotros hablamos de problemas relacionados al consumo, estamos hablando de la gran proporción de usuarios que son consumidores problemáticos, pero no necesariamente dependientes. Esto es muy importante para poder discriminar posteriormente qué se hace con esta población.

Yo hablaba de los discursos médico-sanitarios o de tipo jurídicos, Karl Popper habla de los discursos reflectores: la manera en cómo nosotros estamos conceptualizando un fenómeno es como iluminamos la realidad y entonces, obviamente, vemos solamente lo que está dentro del campo de lo iluminado. Tal vez algunas personas tienen la capacidad de poder mirar en esa zona gris de penumbra que rodea al foco, pero generalmente uno queda fascinado con lo que ilumina. Otro concepto clave es el ECRO –el Esquema Conceptual Referencial Operativo del que habla Enrique Pichón-Rivière–, que nos dice que nuestros instrumentos operativos son los conceptos y con eso operamos. Otra cuestión que es esencial dentro de esta problemática, es la de los paradigmas: Thomas Kuhn nos dice que son formas de conceptualizar el fenómeno que también corresponden a formas de entender las propuestas de soluciones.

¿Por qué somos muy celosos de estas precisiones conceptuales? Primero, para aumentar la extensión del concepto, para no solamente poner el foco en el drogadicto, sino en la persona que tiene otros usos problemáticos. Insisto mucho en la reflexión sobre el concepto, porque es lo que va a permitir, de alguna manera, la instrumentación del mismo. El tema del concepto evidentemente es un pensamiento. El concepto mismo no tiene precisión conceptual. Los que estamos en el campo sanitario tenemos que asumir que estamos manejando construcciones y que las construcciones son consensos de la comunidad científica con implicancias.

El segundo elemento de por qué precisar conceptualmente, tiene que ver con disminuir la estigmatización. En mi país, en la época del stronismo,<sup>1</sup> ser drogadicto, comunista y puto era lo peor que le podían decir. Eran estigmas fuertemente metidos en el colectivo y en el imaginario social. Hasta ahora, el drogadicto sigue con esta estigmatización.

El tercer elemento se relaciona con aumentar la capacidad diagnóstica. En última instancia, cuando hablamos de diagnóstico estamos hablando de “percibir, discernir, distinguir, juzgar opinión y determinar”. Las cuestiones diag-

nósticas tienen mucha importancia porque, evidentemente, cuando uno llega a una hipótesis diagnóstica va a tomar la decisión correspondiente. Está muy vinculado con la cuestión del paradigma, del concepto. El diagnóstico va a estar iluminado por la línea de pensamiento que tiene en ese momento el operador, es sistemático, ordenado y sirve para tomar decisiones, para aumentar eficacias y disminuir costos. El diagnóstico va a tener algunas funciones específicas en la comunicación entre profesionales, en el curso de acción a seguir, en la selección de las estrategias terapéuticas y en la organización y promoción de las indagaciones biológicas. También hay que señalar que las categorías diagnósticas en Salud Mental son muy endebles y las categorías diagnósticas en uso de drogas son aún muy difíciles de precisar. En nuestro campo, los diagnósticos no tienen que ver solamente con este nivel de problemas relacionados con la dimensión clínica, también se relacionan con la dimensión epistemológica, cuyos efectos se vinculan a las terapias y al marco jurídico, y que constituyen lo que se llama problemas secundarios a la prohibición.

Un cuarto elemento para referirnos es el que hace a la mejora de las ofertas terapéuticas. Hay una definición de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas respecto a lo que es un tratamiento ideal, que manejamos desde el Centro Nacional de Control de las Adicciones y que nos sirve para zafar y discutir la cuestión de la abstinencia, que también en Paraguay es el pensamiento hegemónico. Tratamiento ideal es la “atención con el encuadre menos restrictivo, con la mayor libertad posible que garantice mayor grado de seguridad y efectividad, con la suficiente flexibilidad que permita la movilidad en diferentes niveles de atención de acuerdo a las necesidades particulares y con respeto a sus derechos humanos”.

Obviamente, uno le pregunta a un grupo de profesionales ¿qué hay que hacer con un usuario de drogas? y lo primero que se le ocurre es “dejar que consuma”. Entonces, la abstinencia, los dispositivos de desintoxicación, etcétera, son los que aparecen como necesidades de primera línea. En la definición aparece el tema de la mayor libertad posible, lo que ya comienza a cuestionar los tratamientos coercitivos con orden de internación judicial, por ejemplo, que es muy frecuente; “mayor grado de seguridad y flexibilidad para movilidad en diferentes niveles de atención de acuerdo a necesidades particulares y respeto de los derechos humanos”, insistimos en la cuestión de los derechos humanos y también en las diferentes necesidades de respuestas clínicas. Es decir, no podemos meter en una misma bolsa a todos los usuarios de sustancias, es como en el psicoanálisis, caso por caso. Cada caso tiene que ser visto y se tiene que diseñar un tratamiento adecuado para cada situación. En este sentido hemos trabajado mucho, sobre todo con los médicos, porque para ellos el criterio de curación es la vuelta al estado de normalidad previa. Uno le pregunta a un médico ¿qué es curar? y la respuesta que más aparece es que curar es que sea sano. En este tema no es simplemente que curación signifique dejar el consumo, hay otras metas posibles, como detener el con-

sumo, prolongar la abstinencia, reducir daños o recuperar la funcionalidad social plena, que son resultados u objetivos intermedios.

Trabajamos y pensamos el tema de las metas intermedias de la misma manera que un médico clínico no echa a un hipertenso porque hace una crisis hipertensiva, ni a un diabético porque se descompensa, ni a un asmático porque hace una crisis de asma. Esa manera de manejar las patologías crónicas permitió que en el Centro se metiera esta línea de trabajo de reducción de daños sin evitar confrontaciones académicas. Comenzamos a trabajar por la clínica, en lo asistencial, el día a día de las terapias. Tanto terapia como medicina significan cuidar al paciente, que es el objetivo de todo equipo terapéutico.

Por otra parte, estamos trabajando con el poder judicial para poder diferenciar niveles de lo que es un uso problemático del que no lo es. Evidentemente que en el uso de drogas hay factores predisponentes y precipitantes, y no todas las personas que usan drogas van a terminar en un uso problemático. Por ejemplo, una persona que fue pillada con un porro fumando en la plaza no tiene que ser internada, porque no se justifica clínicamente la internación. Es necesario que los jueces puedan aceptar, en última instancia, las recomendaciones profesionales de cuál es la medida terapéutica que puede propiciar o facilitar un buen proceso en cada paciente.

El Centro de Control de Adicciones tiene un ingreso voluntario y también con orden judicial. Nosotros claramente nos hacemos cargo de la parte curativa, cuando un juez me solicita “asegure custodia” le respondo “yo no soy de seguridad, no soy custodia, soy del área sanitaria”. Entonces, aunque venga con orden judicial no me hago cargo de la retención del paciente, no entramos en el conflicto de tener que retener al paciente. El paciente puede salir cuando se le dé la gana.

Este Centro también aborda la problemática de niños de la calle. Y también, en esa situación, nos hacemos cargo únicamente de lo que sería el área de salud integral de los niños. Porque tenemos en consideración que este es un problema extremadamente complejo y que tienen que intervenir otras instancias que no es solamente el Ministerio de Salud. Hay una Secretaría de la Niñez que tiene que trabajar con las cuestiones psicosociales y las problemáticas familiares, eso no lo podemos hacer. Lo que intentamos es que cada institución ejerza la función que le corresponde y presionamos para que así se haga. Si no, sucede que viene el niño con una orden para alojamiento en el Centro, y yo les digo: “esto es un hospital, no es un hogar de abrigo”. De esa manera no recibo al chico, porque si no este lugar se termina convirtiendo en un depósito al igual que los manicomios tradicionales. Obligo a la Secretaría de la Niñez a que invente los otros dispositivos que necesita para atender como corresponde esta problemática tan compleja de los niños en situación de calle.

Para ir finalizando, tenemos en juego la necesidad de articular el sector gubernamental con el no gubernamental, con los usuarios y su entorno, y tener la decisión política y administrativa de poner en marcha las acciones.

¿Cuáles son las cuestiones que, por lo menos en nuestro país, en este momento son muy claras? Una ausencia de políticas públicas relacionadas a drogas que estén orientadas hacia la reinserción o recuperación de los usuarios, diferenciando las cuestiones del delito con el uso de drogas. Falta coordinación intrasectorial, faltan recursos necesarios para la intervención, hay ausencia de datos y de seguimiento y evaluación de los programas.

Si recordamos la definición de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas “atención de acuerdo a las necesidades particulares y respeto a sus derechos humanos”, podemos entender por qué es necesaria la reducción de daños. Porque en realidad el discurso hegemónico de las drogas despliega un tipo de profesionales y de recursos que pocas veces logra que los usuarios vean como “amigables” a los dispositivos. Nosotros trabajamos muy fuertemente con la idea de que el Centro de Adicciones no tiene que ser un lugar que genere miedo, que el usuario tenga miedo de ir porque va a ser fichado. La definición en nuestro equipo terapéutico es que este tema de la guerra contra las drogas, que se entiende debería ser una metáfora, muchas veces tiene un efecto real. La realidad es que necesitamos pensar en más y mejores terapias, y no en más guerras.

■  
Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.



# ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS QUE USAN ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN BRASIL

**Denise Serafim**

Psicóloga. Asesora técnica de la Unidad de Prevención del Programa Nacional de ETS y sida del Ministerio de Salud de Brasil.

La Constitución Federal de Brasil, aprobada en 1988, establece en su artículo 196 que “la salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que pretenden la reducción del riesgo de enfermedad y otros perjuicios y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”. De aquí se desprenden los principios de nuestro sistema único de salud: universalidad, integralidad, equidad, descentralización y participación social, principios que nos permiten tener una mejor atención de los usuarios de alcohol y otras drogas.

En simultáneo con la estructuración de reglamentaciones sobre la organización de los servicios, en Brasil se encaminaba un movimiento importante, el de la reforma psiquiátrica. En la III Conferencia Nacional de Salud Mental, en diciembre de 2001, se recomendó: “La atención psicosocial a los pacientes con dependencia y/o uso perjudicial de alcohol y otras drogas debe basarse en una red de dispositivos comunitarios, integrados al medio cultural, y articulados a la red asistencial en salud mental y a los principios de la Reforma Psiquiátrica”. Esto significó una oportunidad para que se constituyese, en 2004 dentro del Ministerio de Salud, una política específica, una política dentro del área de salud mental dirigida a los usuarios de alcohol y otras drogas, que reafirmó los principios que orientan la organización de la asistencia: la noción de territorio, la intervención en red con una mejor acogida, la construcción de autonomías posibles, la inclusión social, la producción de ciudadanía, y la descentralización de las acciones.

Pero también había en Brasil otra cuestión que marcó la historia de nuestra salud pública: el movimiento de reducción de daños, un movimiento renovador que forzó que la gestión y la política miraran al usuario de drogas como persona, atendiendo a sus necesidades diferentes pero exigiendo al mismo tiempo una atención de igual calidad que las demás personas de la

población. Es importante señalar que este movimiento, esta política de reducción de daños, en la década pasada se había insertado fuertemente en el Ministerio de Salud dentro del área programática de ETS/sida. Lo que caracteriza al momento actual son los esfuerzos de integración entre distintas áreas programáticas de salud ampliando la participación de la reducción de daños en general y buscando la imprescindible articulación intersectorial. Así, el Departamento de Hepatitis Virales pasó a organizar sus acciones, la salud mental dejó de atender en forma puntual y pasó a actuar más sistemáticamente. Algunas iniciativas en esta dirección son la ampliación del diálogo con el movimiento social de reducción de daños, la revisión de normativas con vistas a garantizar mayor sustentabilidad de las acciones, convocatorias públicas de proyectos incluyendo acciones integradas de reducción de daños y programas de capacitación permanente.

Ahora, hablando de la intimidad de los servicios, ¿qué es lo que observamos? Hay todavía una invisibilidad grande del uso de alcohol y otras drogas. Buena parte de los usuarios no revelan su uso y los profesionales no se sienten seguros para abordar esta cuestión. En un país de las dimensiones que tenemos –más de 5.000 municipios, casi 1.000 unidades de atención a personas que viven con VIH/sida, más de 1.000 unidades de servicios que atienden salud mental y que atienden también alcohol y otras drogas– las personas van de un servicio a otro, no hay aún la articulación deseable. Los equipos locales tienen un acceso restringido a informaciones y capacitación sobre drogas y reducción de daños.

Existe todavía una dificultad en la rutina de los servicios para entender las diversas formas de uso, los diferentes contextos de uso y las diferentes vulnerabilidades para las infecciones o para otras morbilidades. También existe lo que estamos viviendo intensamente, una baja eficacia de los abordajes terapéuticos en relación al crack, la institucionalización, la violencia y la alta mortalidad. Hay mucha dificultad de los equipos, tanto de salud como de asistencia social, para trabajar la capacidad de los usuarios de mantener sus proyectos de vida. También percibimos una dificultad mayor en la adhesión a los tratamientos antirretrovirales por parte de las personas con usos más problemáticos, principalmente de crack.

Desde la década pasada, durante el auge de la epidemia de sida, trabajamos intensamente en fortalecer la acción de campo. Vamos donde el usuario está, ya que él no llega a los servicios. A medida que estimulamos ese acceso conseguimos que él confiara en el servicio, se aproximara; pero sentimos que todavía es bajo el protagonismo de los usuarios, que es poca la articulación entre el movimiento social y el ámbito de los servicios.

Algunas de las estrategias y servicios de la red pública a la que pueden tener acceso los usuarios de alcohol y otras drogas, y que incluyen como mínimo una acogida, un abordaje desde la perspectiva de reducción de daños y disponibilidad de insumos, se localizan en los Centros de Testeo y Aconsejamiento, los Servicios de Referencia para el Tratamiento del Sida, los Servicios

de Atención Psicosocial, el Programa de Salud de la Familia en la red básica y en camas en hospitales generales.

Recientemente se creó el Plan de Emergencia de Ampliación de Acceso al Tratamiento y Prevención en Alcohol y otras drogas, que va a invertir fuertemente en 100 municipios con más de 250 mil habitantes, focalizando en tres ejes: ampliación de servicios, cualificación de la red e intersectorialidad. Las directrices del Plan son: derecho al tratamiento, reducción de la laguna asistencial, respeto a los derechos humanos y promoción de la inclusión social, tratamiento de eficacia comprobada, priorización de niños y adolescentes, combate al estigma, intervenir en los determinantes sociales de vulnerabilidad, ampliar las estrategias de reducción de daños, red y territorio, intersectorialidad, y educación en salud e información. El Plan prevé la implantación de otros dispositivos de cuidado, por ejemplo, los Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y otras Drogas de 24 horas para superar la barrera que significa para los usuarios un servicio que atiende de 8 a 17 horas. Se prevé también instalar consultorios de calle. Hoy hay 35 proyectos en los que un equipo compuesto, como mínimo, por psicólogo, enfermero, médico, agente de salud y reductor de daños, va a la calle y está cerca de los escenarios de uso.

En la década pasada tuvimos un momento importante en el que los reductores de daños tuvieron un papel central en el acceso a la comprensión de las necesidades reales de los usuarios de drogas, pero hubo una dificultad de sustentabilidad de esas experiencias. Ahora se está intentando construir una mejor forma de descentralizar recursos federales para las localidades. En este sentido, el Plan tiene la propuesta de la Escuela de Reducción de Daños, que tiene un recurso oficial del Ministerio para que haya contratación de reductores, formación y acompañamiento del trabajo de campo, con articulación de los servicios.

Otro de los dispositivos que prevé el Plan son las Casas de Acogida Transitoria. También se dispone de un recurso para esas experiencias, de las que existen todavía pocas en el país. Estamos evaluando proponer esto como una forma de cuidado oficial que permite que los usuarios dispongan de un lugar que no sea una unidad de salud en el que tengan una posibilidad de dormir, comer, bañarse y tener un amparo para sus necesidades.

También se prevén los Puntos de Acogida, que son puestos de salud pequeños donde habrá una persona que pueda orientar algunas necesidades. Y por último, los Programas de Educación para el Trabajo, que proponen una articulación con otro sector para contribuir en la cuestión de la inclusión.

En relación al área programática de sida, nuestra preocupación central es hablar del uso de alcohol y otras drogas y la vulnerabilidad para las infecciones, no solamente en acciones dirigidas directamente a los usuarios. Tenemos algunos planes en curso en acciones dirigidas a gays, mujeres y adolescentes, que son segmentos poblacionales vulnerables que también usan alcohol y otras drogas.

En cuanto al trabajo intersectorial, en el ámbito legislativo se ha constituido un frente parlamentario para el acompañamiento de los proyectos de ley



relacionados a drogas, sida y derechos humanos, y se vienen organizando eventos sobre drogas, reducción de daños, legislación e intersectorialidad, con el objeto de dar visibilidad y ampliar las percepciones y el apoyo político. Con el Ministerio de Educación se ha inserto el programa interministerial Salud y Prevención en las Escuelas. Con el Ministerio de Justicia se han realizado consultas nacionales y regionales en el sistema penitenciario, y acciones de prevención y asistencia de las ETS, VIH y sida en prisiones. También hemos establecido articulación política con la Secretaría Nacional sobre Drogas y con la sociedad civil organizada. Por otra parte, la cooperación con agencias internacionales es fundamental para fortalecer todas estas prioridades. Las perspectivas, entonces, se centran en:

- Expansión y diversificación de acciones de atención en salud más sistemáticas (incluyendo estrategias de reducción de daños), ampliando la sustentabilidad.
- Nuevos profesionales buscan contribuir en este campo.
- Expansión de propuestas de educación permanente.
- Compartir experiencias locales exitosas.
- Fortalecimiento del movimiento social organizado.
- Utilización de información científica.
- Cualificación de los servicios de salud en el sistema penitenciario.
- Realización de consulta regional.

Y los desafíos que aún debemos enfrentar son: dificultad de acceso para la internación de casos graves; experiencia restringida en el abordaje de situaciones en calle; formalización de la actuación del reductor de daños en la red de intervención; superar conflictos en la concepción del trabajo (diferentes lógicas) y aplicar un modelo de atención más coherente con los principios y directrices del sistema único de salud; construir con los medios y la sociedad en general la comprensión de que debemos defender la dignidad de la persona, que usar drogas no es necesariamente estar enfermo y creer en las capacidades de asumir responsabilidades de autocuidado.

■  
Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

# ATENCIÓN DE USUARIOS DE DROGAS. LA EXPERIENCIA DEL PORTAL AMARILLO

**Susana Grunbaum**

Doctora en Medicina, con posgrado en Psiquiatría Infantil y diplomatura en Desarrollo y Salud Integral del Adolescente. Al momento de la presentación, dirigía el Centro de Asistencia, Información y Referencia de la Red Drogas Portal Amarillo, de Montevideo (Uruguay). Actualmente es directora del Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud, Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay.

Quiero empezar la presentación con un pequeño diálogo muy frecuente en las entrevistas que hacemos a los usuarios.<sup>1</sup> “¿Por qué venís al Portal? Para dejar la pasta base. ¿Y, cómo te podemos ayudar? Ni idea...”.

No tenemos prácticamente pacientes que lleguen por orden judicial, o si llegan, la institución no se responsabiliza por su permanencia; si quieren, se pueden ir. El diálogo del comienzo es bueno porque permite conocer el motivo que trajo al muchacho a la institución y cómo él lo representa. Este no tener “ni idea” es también bueno porque no viene pidiendo la internación. Si bien nosotros tenemos un área de internación, no es la única alternativa. Sin embargo, en el imaginario, por lo menos en Uruguay, la internación está instalada como “la alternativa” tanto en las madres como en los usuarios y, a veces, también en los políticos y los colegas. Es frecuente que me pregunten: “¿Y cuántas camas hay?”. Y cuando respondo, agregan “¡Ay, qué pocas!”. Tenemos que aclarar que las camas no son lo único que representa un dispositivo terapéutico. Entonces que el paciente diga “ni idea” es una buena señal.

Partimos de la base de que hay cambios cualitativos relacionados con el tipo de sustancia. La pasta base, que empezó a verse en 2001 en Montevideo y después fue creciendo en el resto de Uruguay, es una sustancia que se volvió muy accesible y, dadas las situaciones de fractura socioeconómica, se hizo muy extendida. Eso llevó también a cambios cuantitativos en relación con el número de personas que se iniciaron en el consumo y se constituyó como un

<sup>1</sup> N. de la E.: En su exposición, la autora utiliza las palabras usuarios, pacientes y personas con el mismo sentido de referirse a los sujetos de la práctica profesional.

problema de Salud Pública. Decimos, por suerte, de Salud Pública y no un problema represivo en el cual se trata al consumidor como a un delincuente.

Por otro lado, las transformaciones de las redes familiares y socioculturales, el hecho de que las familias estén más aisladas, las separaciones, los distintos tipos de familias, la televisión, la falta de espacios recreativos –uno de los reclamos que adolescentes y jóvenes nos hacen permanentemente–, no tener lugar de inserción, estar en la calle, la sociedad de consumo, la necesidad de consumir y no tener, son todas cuestiones que están posiblemente en el origen de este aumento del consumo.

Reconocemos que existen diferentes tipos de consumo: social, experimental, habitual, dependencia y consumo problemático de sustancias; me voy a referir al consumo problemático, porque es lo que se atiende en nuestro centro. No me voy a ocupar de aquellas personas que deciden consumir, por ejemplo, durante un fin de semana o en algún momento puntual un cigarrillo de marihuana, cocaína u otra sustancia. No atendemos a esas personas.

Cuando decimos que el consumo problemático es un síntoma social contemporáneo, decimos que también hay un sufrimiento personal. Partimos de la base de que cada persona tiene una historia para contar, estamos en contra de las homogeneidades y de las uniformidades. Es cierto que en algún momento es preciso realizar un corte, sistematizar y pensar en cuestiones un poco más generales, pero lo que no queremos perder es la acción de escuchar a cada persona y a cada familia. En este sentido, las soluciones al consumo problemático tienen que llegar de manera conjunta con otras disciplinas y otros ámbitos, y no solamente desde el ámbito de la salud. Cuando digo “el ámbito de la salud” estoy integrando distintas profesiones y no asimilando salud con medicina; son dos cosas diferentes. La salud está integrada por otras profesiones, no sólo médicas, que perfectamente pueden atender en estas situaciones.

En 2005 se crea el Centro de Información y Referencia, el Portal Amarillo, bajo la órbita de tres institucionalidades: el Ministerio de Salud, la Junta Nacional de Drogas y el Instituto Nacional del Niño Adolescente de Uruguay. Es importante señalar que si bien necesitamos leyes y políticas, cuando existe voluntad política, aunque no estén todas las leyes que queremos, se pueden hacer cosas. Pudimos armar el equipo y yo tuve el honor de ser nombrada directora. Somos alrededor de 55 personas, entre técnicos y no técnicos. Empezamos a funcionar en abril de 2006, y en enero de 2008, sobre la base de la Reforma del Sistema Nacional de Salud, el Portal Amarillo pasó a ser unidad ejecutora. Esta condición nos dio cierta independencia con la cual estamos muy conformes, pero a su vez nos da una dependencia con la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud. Este es un sector del que nos gusta depender y donde creemos, por ahora, que debe estar este centro.

Tenemos cuatro objetivos: el primero está relacionado con la capacidad de brindar asistencia a usuarios con consumo problemático de drogas y a su familia, mediante un abordaje integral y diversificado, de acuerdo con sus posibili-

dades y necesidades. El segundo es asesoramiento, apoyo y orientación telefónica a personas, grupos e instituciones: se reciben llamadas que pueden ser de un minuto o de media hora; pueden llamar tanto colegas como docentes, o madres cuando están desesperadas porque no saben cómo actuar con su hijo. El tercer objetivo es de capacitación y difusión de conocimientos en instancias de formación interdisciplinaria. Y el cuarto, promover tanto dentro de la red asistencial como en la comunidad intervenciones en los tres niveles asistenciales.

La población beneficiaria que atendemos está conformada por varones y mujeres adolescentes, adultos jóvenes que tienen este problema, con un posible diagnóstico de dualidad o polimorbilidad, que provienen de familias con muchos problemas y están aislados de la red social; la mayoría tienen antecedentes penales y muchos fracasos en tratamientos anteriores.

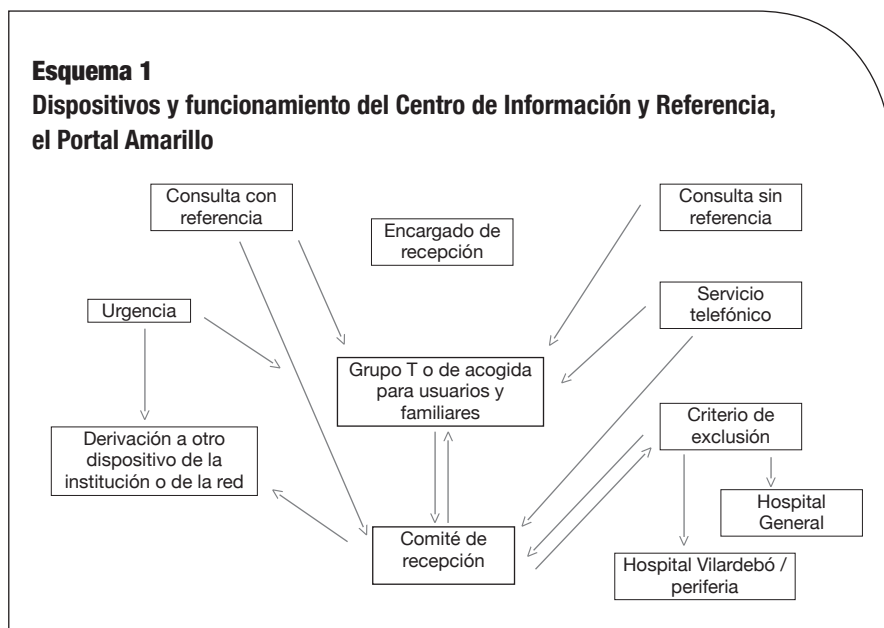
El trabajo en equipo es central, gran parte del tiempo de los técnicos se invierte en reuniones de equipo. Es fundamental mantener este tipo de abordajes, trabajamos con un enfoque interdisciplinario, por eso no hay que confundir salud con medicina. En el centro integramos recursos farmacológicos –muchos de nuestros pacientes están tomando psicofármacos– con recursos psicoterapéuticos, sobre todo grupales, y socioterapéuticos. Se dictan talleres de teatro, panadería, radio, jardinería; todo lo que se hace en el centro tiene la connotación de terapéutico. Por supuesto, el abordaje tiene que ser participativo, en alianza con lo que llamamos aspectos más sanos de la persona, es con los que tenemos que unirnos, porque de esa manera provocamos, además, desafíos. Cuando le preguntamos a un muchacho o a una chica “¿Tú qué quieres hacer más adelante?” se quedan mirando con cara extrañada porque nunca nadie les preguntó qué querían hacer en el futuro.

La mayor parte de nuestros usuarios, el 31% tiene entre 20 y 24 años; siguen los de 15 a 19 años, que son el 24%. El 85% de los atendidos son varones. Sin embargo, nos preocupan mucho las mujeres, puesto que no llegan al Portal. El problema del consumo problemático es detectado en el momento del parto, en general se trata de mujeres jóvenes con una problemática mucho más grave que la de los varones, no solamente porque tienen que hacerse cargo o están en situación de embarazo y maternidad, sino porque están expuestas a violencia doméstica, violencia en la calle, prostitución, infecciones de transmisión sexual en situaciones de riesgo mayor que los varones.

En el Centro trabajamos con tres dispositivos: ambulatorio, diurno y residencial. Quiero destacar que quien llama o llega hasta nuestro Centro tiene atención inmediata. Trabajamos con un grupo T, de transición, por el cual los usuarios que llaman son atendidos inmediatamente. Si se considera que no están en situación de participar de un grupo y tienen que estar internados, nos ocupamos de que se concrete lo más rápido posible, en nuestra institución o en otras, según corresponda.

Una instancia posterior al grupo T es el Comité de Recepción, que a partir de entrevistas en profundidad atiende la demanda que se presenta en el Cen-

tro y la deriva a alguno de nuestros dispositivos, los cuales manejan diferentes criterios de inclusión. En el dispositivo ambulatorio ingresan pacientes que no presentan riesgos para sí mismos o hacia terceros, que poseen por lo menos una mínima continencia sociofamiliar, capacidad de sostener y preservar vínculos que les permiten adherir al tratamiento, contar con aptitudes propias y de su medio familiar y social para implicarse en un dispositivo terapéutico de estas características (véase Esquema 1).



Para el dispositivo diurno las indicaciones son: alta de internación con elevado riesgo de recaer en el uso problemático de drogas, antecedentes de fracasos terapéuticos en otras modalidades de tratamiento, pacientes con motivación ambivalente para abandonar el consumo de drogas, apoyo familiar social deficitario, conductas impulsivas y/o compulsivas pero que puedan mantener cierta capacidad de control.

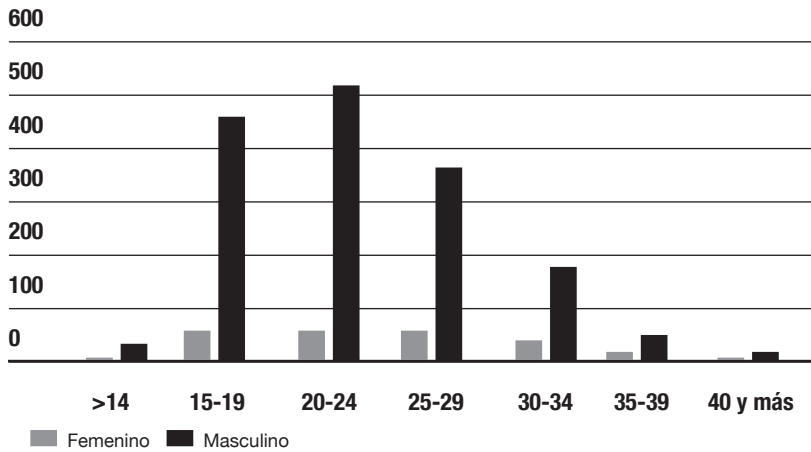
Al dispositivo residencial ingresan los pacientes que requieren tratamiento de desintoxicación, sin sostén mínimo sociofamiliar, que presentan riesgo para sí mismos o hacia terceros, y con comorbilidad psiquiátrica y/o patologías médicas que impiden la desintoxicación ambulatoria.

En todos los dispositivos se combinan una serie de intervenciones que incluyen los recursos farmacológicos, las actividades recreativas, los talleres educativos, las reuniones familiares y la inserción sociolaboral. La centralidad de las intervenciones está puesta en los vínculos y en la capacidad de promover construcciones subjetivas diferentes. Para finalizar, me gustaría presentar algunos números. En estos tres años atendimos alrededor de 3.000

personas que han venido en distintas instancias. Pasaron por la entrevista en profundidad del comité de recepción alrededor de 1.800 personas; el Gráfico 1 muestra su distribución por edad y sexo.

**Gráfico 1**

**Usuarios atendidos por el Comité de Recepción entre 2006 y 2009, por género y edad. Total: 1.880**



Estamos empezando a realizar una evaluación rigurosa de la implementación de los dispositivos, aunque todavía no podemos transmitir muchos datos. El único elemento que puedo compartir es que hemos llamado telefónicamente a 100 personas que habían dejado de venir el año pasado después de haber estado en el Centro, la mitad de ellas estaban sin consumir, una cuarta parte estaba con consumo menor y otra cuarta parte estaba igual o peor. Para nosotros la cuestión de dejar el consumo es una meta en la medida en que el paciente, su familia y el entorno estén en ese momento posibilitados de colocarse en esa meta. La abstinencia no es la única meta, la meta del Portal Amarillo es que esa persona renueve o comience por primera vez una inserción social, educativa, laboral, familiar, afectiva distinta. Eso es lo que nos interesa evaluar, y no solamente cómo está la persona con relación al consumo. Quiero cerrar esta exposición con la frase de un paciente en el taller de literatura. Me pareció muy linda porque lo mismo que le sucede a él nos sucede a nosotros cuando vamos descubriendo junto con ellos nuevas estrategias. Dice: “Descubrir que siempre hay algo que descubrir está genial”.

■  
Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.



# CHILE Y LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DE DROGAS. UN TRABAJO JUNTO A ELLOS

**Mauricio Zorondo**

Psicólogo clínico. Secretario ejecutivo de la Escuela Nacional de Estudios y Formación en Abordaje de Adicciones y Situaciones Críticas Asociadas (Chile). Secretario ejecutivo de la Pastoral Nacional de Chile de Alcoholismo y Drogadicción. Integrante de la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social.

La Escuela Nacional de Estudios y Formación en Abordaje de Adicciones y Situaciones Críticas Asociadas forma parte de la Pastoral Nacional de Alcoholismo y Drogadicción de la Conferencia Episcopal de Chile. Trabajamos en 13 de las 15 regiones del país. En Chile, según el CONACE,<sup>1</sup> los datos sobre el consumo anual de drogas señalan que, en 2000, 614.612 personas usaron marihuana, pasta o clorhidrato de cocaína, de las cuales 174.658 eran dependientes. En 2008 esta cifra pasó a ser de 796.963 personas, de las cuales 229.776 tenían un consumo dependiente. El crecimiento de los consumos problemáticos es de 29,7% en ocho años, lo que representa el 2,6% de la población nacional de entre 12 y 64 años.

Aproximadamente el 30% de las personas que usan drogas podrían ser calificadas como dependientes: según estos estudios, así podría considerarse el 25% de las personas que usan marihuana, el 50% de los que usan pasta base y el 33% de los que consumen cocaína. Sin embargo, del 100% de quienes podrían calificar como personas que requieren de algún tipo de asistencia o de tratamiento, solo el 20% lo demanda y, según las autoridades, sólo el 10% es cubierto con los centros de atención actuales. De manera que hay un 80% de personas que podrían requerir algún tipo de atención, pero no existe una posibilidad para ellos. Esto nos habla de aproximadamente el 5% a 10% de las personas dependientes.

<sup>1</sup> N. de la E.: CONACE: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes es la entidad del Gobierno de Chile encargada de coordinar, articular y promover las políticas públicas en materia de drogas y ejecutar programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.



Esas personas, en general, son de un nivel socioeconómico bajo y el acceso que tienen a un sistema de tratamiento es inversamente proporcional al que se tiene en las clases más altas: mientras que en este nivel socioeconómico la relación entre dependientes que reciben y no reciben atención (y desearían obtenerla) es 1:1, en los niveles socioeconómicos medio y bajo esta relación aumenta a, aproximadamente, 1:2,5.

Al observar las cifras del CONACE nos percatamos de que el 75% de las personas que han hecho uso de drogas las abandonan en algún momento de la vida. En el alcohol y en el tabaco las cifras son menores. Pero la política de drogas pareciera decirnos que el problema son unas ciertas sustancias y no otras.

En julio de 2010, el nuevo gobierno del presidente Sebastián Piñera propone, entre otras muchas cosas, doce medidas para la atención en el campo de las drogas, una de las cuales se trata de triplicar los cupos de atención a las personas dependientes, que pasan de 13.000 a 44.000 en los próximos cuatro años. Desde nuestro punto de vista, la oferta no es idéntica a la demanda. La oferta de “más de lo mismo” no necesariamente va a dar respuesta a la demanda de atención en drogas, que ronda aproximadamente en un 80% de los usuarios dependientes.

La hipótesis con la que trabajamos es que esas personas no acceden a esos sistemas de atención porque estos no cumplen con los requerimientos, necesidades, ni condiciones que podrían hacerlos accesibles, en especial para la población en situación de mayor exclusión social. Específicamente, nuestra experiencia ha sido con las personas en situación de calle.

Con esta hipótesis como norte, planteamos que el acceso a la atención requiere de un trabajo en la comunidad, es decir, del conjunto de redes que definen un territorio y una cultura local. Y en este escenario, el acceso a los servicios implica un trabajo en los territorios, y la participación en las redes locales y en la estructura de organización de las propias comunidades.

Para estos procesos de trabajo se requiere “estar con” y eso significa partir de un “no saber” para, desde ahí, poder escuchar y producir un cambio que es primero en nosotros mismos. No podemos seguir interviniendo y pensando que vamos a llegar a esa población, vulnerable y excluida, haciendo lo mismo que ya hacemos, sino que requerimos cambiar; y para cambiar necesitamos escuchar.

Desde nuestro punto de vista, eso implica construir y bajar umbrales. Los servicios actuales son en general de alto umbral, los requerimientos a la población para poder llegar a la puerta de uno de esos centros son altísimos. El sistema no está pensado para poder atender a las personas en situación de exclusión social. De manera que lo que se requiere es cambiarlo, bajar los umbrales, disminuir la distancia social; y eso sucede en la comunidad. Cambiar nuestras representaciones sociales en nuestra práctica, pasar a mirar menos los problemas y más los recursos.

No pensar en la persona solo como una alguien lleno de dificultades, sino pensar ante todo en personas que tienen potencialidades, recursos y posibilidades. Queremos estar junto a eso y potenciarlo, apoyar el fortalecimiento de esas cosas y no tanto apoyarse en los problemas.

Lo que buscamos es identificar las formas relacionales que sostienen los sufrimientos colectivos e individuales y, a través de la comunidad, transformar esas relaciones involucrando a los actores sociales en la articulación de procesos colectivos e individuales en la transformación social.

Para ello, dentro de las acciones más concretas que hacemos, está el trabajo de calle. Muchas de las situaciones de nuestro trabajo las hacemos en la vida cotidiana. Tenemos que abandonar la lógica institucional y pasar a la calle.

Necesitamos provocar procesos de escucha activa en la calle, en los espacios cotidianos. Tenemos que sentarnos y hablar, no podemos seguir esperando que los otros vengan hacia nosotros, el flujo tiene que ir de nosotros hacia los otros. Compartir los espacios de la vida cotidiana, estar en sus espacios y transformarlos en posibilidad y recurso. Hemos aprendido a hacer de la calle un espacio terapéutico, un set terapéutico.

Organizar, contactar, vincular, conectar. Para nosotros es fundamental la organización social, la organización de las personas; eso hace disminuir la distancia y permite vincularnos entre todos. La plataforma esencial que proponemos en nuestro trabajo es hacerlo en espacios abiertos para todos, no solo para los que no usan droga o para los que usan drogas, sino un espacio que nos permita integrarnos colectivamente a todos.

La cuestión es cómo las propias comunidades, las propias personas protagonizan las transformaciones. Eso implica espacios que puedan articular al usuario, al no usuario, a los niños, jóvenes, adultos, a los adultos mayores, etcétera.

Este trabajo que realizamos en Chile lo basamos en el trabajo del modelo de redes. Al mismo tiempo formamos parte de la Red Americana de Intervenciones en Situaciones de Sufrimiento Social, que realiza trabajos con una igual metodología basada en el tratamiento de base comunitaria en varios países de América Latina y Centroamérica.

Por otra parte, en conjunto con la Red Chilena de Reducción de Daños hemos puntualizado una serie de cuestiones en las que creemos que es necesario avanzar para dar una mejor respuesta a los desafíos que nos presenta el uso problemático de drogas:

- Diversificar las formas de atención y asistencia, discutiendo también los conceptos de dependencia, de conflicto, etcétera.

- Promover la disminución de los umbrales de atención y reconocer las prácticas de reducción de daños que las propias personas pueden hacer en lo cotidiano.

- Vincular prevalencia, morbilidad y mortalidad en los estudios epidemiológicos. En Chile hay una larga tradición de estudios sobre prevalencia, pero no hay vinculación de esos estudios con los de morbilidad y de mortalidad, ni tampoco estudios sobre los daños asociados al uso de las sustancias.
- Promover cambios legislativos que permitan eliminar la sanción por el porte de droga. En Chile no está penalizado el consumo personal, pero sí la portación de drogas.

Desde nuestro punto de vista, la atención integral implica mejorar el acceso. Para ello es necesario disminuir los umbrales de atención en las instituciones, descubrir y desarrollar los recursos y potencialidades individuales y colectivos de las propias comunidades y de las personas que lo habitan. Implementar una variedad de dispositivos que puedan dar cuenta de las distintas formas de uso de las sustancias, de las distintas relaciones que se establecen con las sustancias y de las distintas poblaciones que hacen uso de ellas. No buscar el cambio del otro. No queremos cambiar a nadie, sino acompañarlos en la búsqueda de la manera propia de resolver sus problemas, de disminuir su propio daño o vivir de una manera que sea adecuada a lo que cada uno quiere hacer. Por lo tanto, disminuir las sanciones y aumentar las posibilidades de asistencia.

Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010

# USUARIOS DE DROGAS Y VIH/SIDA: ANÁLISIS DE REDES SOCIALES Y DE SOBREVIDA

Mónica Malta

Psicóloga por la Universidad Federal de Río de Janeiro (Brasil). Magister y doctora en Salud Pública por la Fundación Oswaldo Cruz, donde es investigadora asociada.

Hay múltiples facetas que están implicadas en el fenómeno del uso, abuso y dependencia de las drogas, la Salud Pública, la seguridad pública, los derechos humanos. Voy a presentar dos investigaciones que hemos desarrollado en la Fundación Oswaldo Cruz en 2009 y que nos hablan de la relación entre el uso, el abuso de drogas y la epidemia de VIH/sida.

La primera de ellas fue un estudio nacional hecho en colaboración con el departamento de enfermedades transmisibles sexualmente (ETS), sida y hepatitis virales del Ministerio de Salud de Brasil sobre tasas de infección de VIH y sífilis, y un inventario de conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo relacionadas a las ETS entre usuarios de drogas en 10 municipios brasileños.<sup>1</sup>

La idea era comprender mejor la epidemia de VIH/sida en tres poblaciones distintas: hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y usuarios de drogas pesadas, como crack, cocaína inhalada y opiáceos. No buscamos necesariamente drogas inyectables porque, como muchos saben y constatan en la práctica diaria, es una práctica que viene decayendo.

Nuestra hipótesis es que en lugares con epidemias concentradas, las poblaciones vulnerables con altas prevalencias históricas desempeñan un papel especialmente relevante en la diseminación del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. El papel y comportamiento de estas poblaciones tienen influencia en la dinámica de las enfermedades infecciosas y en el riesgo de transmisión efectiva.

Necesitamos conocer mejor quiénes son esas personas más vulnerables al VIH en Brasil, para que podamos pensar en estrategias más adecuadas, tanto en lo que se refiere a la prevención como a la asistencia de esos grupos que sufren el peso mayor de la epidemia de VIH.

<sup>1</sup> El equipo central estuvo coordinado por Francisco Inácio Bastos y Monica Malta, e integrado por Elizabeth Albuquerque, Mariana Hacker, Neilane Bertoni, Adriana Pinho y Maeve Mello.

Estos grupos presentan algunas dificultades para ser estudiados. Si los comparamos con la población en general son de una magnitud relativamente reducida y de difícil acceso debido a su marginalización y estigmatización. Las estrategias de vigilancia convencionales no consiguen abordar de forma exhaustiva y rigurosa a este universo. Si, por ejemplo, hiciéramos una investigación nacional, este tipo de comportamientos aparecería subnotificado, porque la mayoría de las personas no va a declarar que tiene un comportamiento estigmatizado, que en el caso de las drogas también es ilegal. Una gran parte de las personas que hacen uso continuo de drogas no lo va a reconocer cuando llegue un censista a su casa. Esto se suma a la gran dificultad para indagar y saber cuántos usuarios de drogas tenemos actualmente en Brasil, cuántas personas son dependientes y cuántas personas precisan tratamiento de VIH/sida.

Para intentar dar cuenta de esa población que consideramos oculta, usamos una estrategia de muestreo llamada RDS (Respondent-Driven Sampling, muestreo dirigido por el respondente), que es una variación de la idea de Bola de Nieve. Nuestra experiencia en Brasil es que en el caso de la Bola de Nieve se hacía con reclutadores, generalmente personas que hacía mucho tiempo trabajaban en campo o eran reductores de daños y que tenían acceso a determinadas comunidades, ellos traían cuantas personas pudiesen para el estudio. El problema que encontramos es que el reclutador traía muchas personas parecidas a él, y nos quedábamos con mucha información de una determinada comunidad y de algunas otras gentes no sabíamos nada porque no teníamos reclutadores disponibles ahí.

En el caso del RDS, la idea es que las personas que participan en el estudio respondan al cuestionario y se hagan el testeo; cada uno de ellos trae a tres amigos y esos tres a otros tres, y así en cadena hacia adelante. La idea es que al final del estudio tengamos un mayor colorido, una población más heterogénea.

El objetivo general de ese primer estudio fue construir indicadores relacionados a la vulnerabilidad al VIH y otras enfermedades de transmisión sexual para que el Ministerio de Salud pudiese desarrollar mejores políticas de prevención y asistencia para los usuarios de drogas, que están expuestos a una mayor vulnerabilidad al VIH. Se trabajó entre marzo y septiembre de 2009 en 10 municipios, y se abarcó a unos 3.500 usuarios de drogas en todo Brasil, según se observa en la Tabla 1.

En una primera etapa desarrollamos una investigación cualitativa que fue desarrollada por ONG locales y la sociedad civil; se realizaron entrevistas abiertas, grupos focales con profesionales de la salud, con personas que hacían uso y abuso de drogas, y con reductores de daños, para conocer mejor las comunidades y las características de esos lugares, para después comenzar con el estudio epidemiológico propiamente dicho.

En la segunda etapa implementamos un cuestionario autoadministrado. En cada lugar teníamos computadoras y el participante usuario de drogas quedaba solo para responder el cuestionario. No estaba la figura del entre-

**Tabla 1**  
**Detalle de la cantidad de usuarios de drogas entrevistados en cada municipio**

Municipio	Participantes
Manaus	300
Recife	365
Salvador	424
Belo Horizonte	349
Rio de Janeiro	611
Santos	310
Curitiba	303
Itajaí	302
Campo Grande	200
Brasilia	322
<b>Total</b>	<b>3.486</b>

vistador, evitando de ese modo la dificultad de tener que relatar los comportamientos más vulnerables, más estigmatizados. Funcionó bastante bien. La gran mayoría de las personas eran muy pobres, eran gente en situación de calle, incluso semianalfabetas, pero no era necesario escribir nada en la computadora. Había teclas de colores que decían: “SI” y “NO” y al mismo tiempo se escuchaba la pregunta. Fue una modalidad de cuestionario bastante aceptada. Hemos realizado otros estudios en los que usamos esta metodología, y se identificó que es más fácil y amigable para el participante relatar con mayor honestidad sus comportamientos. Más sencillo que si estuviese, por ejemplo, una mujer, investigadora, completamente diferente al usuario de drogas, y él tuviera que decirle a la entrevistadora que practica sexo sin preservativos o usa drogas inyectables.

Todos los participantes eran mayores de 18 años y usaban drogas consideradas pesadas. No era necesario que fueran usuarios de drogas inyectables, pero sí que hubiesen usado cocaína inhalada, crack, u opiáceos por cualquier vía de administración al menos 25 veces en los últimos 6 meses. Seguimos los Criterios CODAR (consumidores de drogas con alto riesgo) de la Organización Panamericana de la Salud.

La investigación tuvo diversos beneficios. En primer lugar, todos los participantes, si querían, tenían acceso a un test rápido de VIH, que da el resultado en 15 minutos, y a consejería antes y después de él. Esto evita el gran problema que tenemos en muchos grupos, que realizan el test y jamás aparecen para retirar los resultados. Pero nada era obligatorio. Todos aquellos con resultado positi-

vo eran asesorados y enviados a los servicios de asistencia. Además, como era una población muy carenciada, muchos habitantes de calle eran asesorados y orientados para concurrir a alojamientos, recibieron provisiones de alimentos y otras estrategias organizadas junto con las ONG locales.

Para los investigadores, generalmente profesionales de la salud, hubo capacitaciones y otros beneficios. Principalmente, se trató de sensibilizar al servicio de salud en relación a la importancia de tener más capacitación y una escucha diferente para este tipo de pacientes. Tuvimos una situación similar en dos municipios en donde la investigación se hacía en un centro de atención ambulatoria: en un determinado momento, un grupo de profesionales de la de salud hizo una petición para que la investigación se retirase del servicio porque las personas que llegaban estaban mal vestidas, olían mal, hablaban muy alto, y hacían mucho escándalo en la sala de espera. Después de un tiempo hicimos una capacitación, una sensibilización con el equipo de salud, y conseguimos vencer esa barrera inicial que no es característica de un único municipio. Lamentablemente existe esta cuestión de tener un preconceito con relación a estos grupos. Es necesario hacer procesos de formación y capacitación de los equipos de salud más amplios para que estén aptos a recibir a este tipo de pacientes.

Algunos de los resultados iniciales fueron que se detectaron prevalencias mayores en los usuarios de drogas que en la población general: en esta, en Brasil, es de un 0,6% y en la gran mayoría de los municipios se detectó un 5% o más de las personas estudiadas con resultado positivo al test rápido.

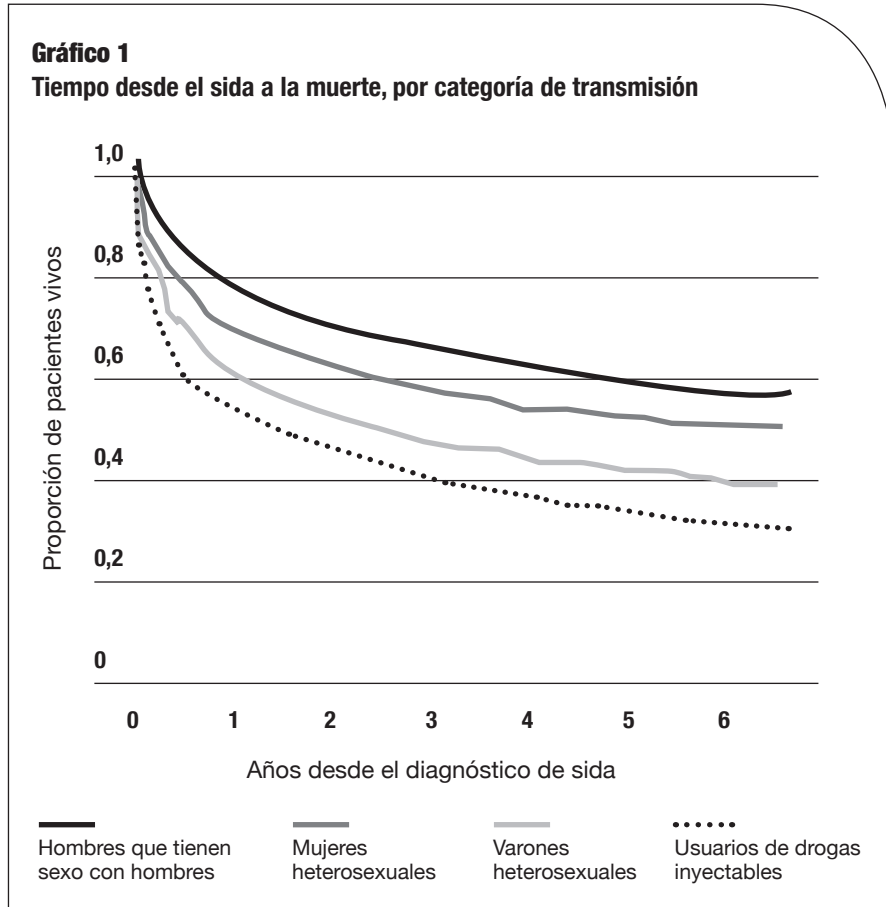
Otro test que se realizó fue el de sífilis, también con una prevalencia mucho mayor de la que se encuentra en la población general. En este caso, que se trata de una enfermedad tratable y curable, posiblemente de otro modo el sujeto nunca hubiese tenido conocimiento.

Como resultados principales encontramos una población muy empobrecida, con una alta frecuencia en el uso de alcohol y otras drogas. La gran mayoría jamás buscó tratamiento para su dependencia química y, también, estuvo presa al menos una vez en la vida. Una gran parte de ellos relató experiencias diversas de preconceitos y estigmas en los servicios de salud. A cuenta de eso, los usuarios de drogas tienden a no buscar más otro tipo de consejería o tratamiento. Existe una dificultad en el servicio de salud público brasileño que tiene que ser mejorada.

En el segundo estudio, “Beneficios del acceso al tratamiento antirretroviral de alta eficacia: una comparación nacional entre 1998 y 2008”, utilizamos los datos nacionales de todas las personas diagnosticadas con sida en el Brasil durante 10 años, de 1998 a 2008.

La idea era validar qué categorías de exposición diagnosticadas por el Ministerio de Salud están más afectadas por la epidemia de sida: cuando aparece un caso, este es notificado y nosotros intentamos detectar cual fue la principal vía por la que el sujeto contrajo el VIH; creamos varias categorías de exposición, como usuarios de drogas inyectables, relación heterosexual, etcétera.

A partir de esto, utilizando las curvas de sobrevida de Kaplan-Meier analizamos la sobrevida de las personas diagnosticadas y hallamos que en el caso de los usuarios de drogas inyectables esta es mucho más corta que todos los otros grupos, como muestra el Gráfico 1.



La línea inferior es la de los usuarios de drogas inyectables, es la proporción de personas vivas después del diagnóstico de sida. Es un cuadro extremadamente triste para cualquier profesional de la salud, investigador o persona involucrada con el tema. En Brasil tenemos una política de acceso gratuito y universal, cualquier persona diagnosticada con sida tiene acceso al acompañamiento clínico y de laboratorio, pero a pesar de eso, esta parte de la población no se beneficia de esa política.

El análisis de los datos muestra que los usuarios de drogas inyectables, después de recibir el diagnóstico de sida, tienen dos veces más chances de morir que los hombres que tienen sexo con hombres, que fue la categoría que entendimos tiene un acceso diferente y más adecuado al tratamiento. Además, los usuarios de



drogas inyectables tienen una chance mucho mayor de nunca haber hecho un examen de laboratorio, como son los exámenes de CD4 y carga viral, que son los que le van a permitir al médico escoger el momento oportuno para comenzar el tratamiento. Esta población no comienza el tratamiento porque no tiene acceso al examen de laboratorio. Hoy, en Brasil, el 20% de las muertes por causa del sida son de personas que jamás tuvieron un diagnóstico.

Existe un problema serio principalmente localizado en la población de usuarios de drogas, que por causa de experiencias diversas de preconceptos y estigma tiende a no sentirse acogida por los servicios de salud, no hacen el test y no se benefician de un tratamiento eficaz y disponible en la red.

Los usuarios de drogas son un grupo extremadamente vulnerable, que no es asistido adecuadamente en la red, no se está beneficiando de una política extremadamente exitosa. Brasil es conocido mundialmente por la política nacional de respuesta al VIH/sida y aun así este grupo no se beneficia. Existe mucho todavía para trabajar.

Me gustaría cerrar con unas palabras de Herbert Daniel, un activista ya fallecido de sida, hemofílico, que fue muy importante en la lucha contra el sida en Brasil, que decía: “Hay una cosa dentro de mí contagiosa y mortal, peligrosísima, llamada Vida que late como un desafío”.

La idea es luchar siempre contra el preconcepto, yo puedo ser una investigadora con doctorado pero no estoy al margen de la sociedad. No soy mejor que el paciente que estoy atendiendo y que precisa de una buena recepción, de una escucha adecuada, y que se puede beneficiar de un tratamiento y un acompañamiento eficaz.

Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

# CONSECUENCIAS DE LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS

**D**urante el siglo XX el modelo bélico ha sido la matriz de las políticas públicas en materia de drogas en América Latina, región que ha atravesado con una dinámica propia las tensiones derivadas de una globalización asimétrica y, en muchos aspectos, fallida. En este capítulo, especialistas de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Perú y los Países Bajos analizan esta matriz desde múltiples perspectivas, y aportan elementos para pensar críticamente sus consecuencias y discutir posibles alternativas.

Las particulares condiciones en que se desarrolla la economía ilegal de las drogas, en las que confluyen diversos factores, muchos de ellos exógenos, pero también algunos endógenos y propios de cada ámbito nacional, son analizadas por Francisco Thoumi a partir del caso colombiano. Juan Carlos Hidalgo, por su parte, también analiza los factores exógenos y subraya con precisión el peso de las relaciones con los países donde el uso de drogas tiene mayor magnitud, como mercados de consumo. En especial se mide el enorme peso de las relaciones con los Estados Unidos, donde la guerra contra las drogas ya ha demostrado su fracaso. La problemática relación de frontera con ese país también tiene lugar en la presentación de Luis Astorga, que vincula factores exógenos y endógenos de la política mexicana con el rol de los partidos y la dinámica del mercado transfronterizo de drogas en la definición de las políticas públicas.

Entre los factores endógenos, Vargas Meza ubica lo relativo a la relación entre el tráfico de drogas y el conflicto armado. Hugo Cabieses profundiza en el análisis de los planes nacionales de guerra contra las drogas concentrados en la oferta local, frente a mercados y estructuras productivas que adquieren una magnitud supranacional, regional, y a una demanda expandida y ampliada a nivel mundial, especialmente en los países centrales. En esta situación, la hoja de coca constituye un fenómeno de importancia económica, pero también de una densidad cultural mucho mayor de la que los planes guerreros de inspiración estadounidense parecen advertir, como lo señala Núñez Tangara. La penalización de la hoja de coca y la persecución de sus productores desconoce el valor simbólico de las tradiciones que la involucran.

En relación con los marcos regulatorios, Patricia Llerena plantea la ineficacia de muchos de los instrumentos internacionales de regulación, establecidos a partir de estimaciones de magnitud de los mercados ilegales con limitada validez. Pien Metaal trata las consecuencias concretas de la aplicación de esos marcos de regulación prohibicionistas centrados en la represión de la oferta y, sobre todo, en la penalización de los consumidores. En el mismo sentido, Luciana Boiteux analiza la aplicación en Río de Janeiro y Brasilia de la ley de drogas brasileña de 2006.

Por último, Martín Vázquez Acuña analiza los efectos de la penalización y el encierro masivos a partir de las situaciones de vulnerabilidad sanitaria que se viven en las cárceles argentinas.

Todas estas intervenciones dan cuenta de que la llamada guerra contra las drogas ha tenido como principal consecuencia una profunda y extendida desigualdad. Sus costos y beneficios se distribuyen de modos diferentes, con consecuencias específicas en cada caso, entre los países desarrollados y emergentes, entre las regiones centrales y periféricas. Costos y beneficios pagados y percibidos de muy distintos modos por las clases dominantes y las subalternas, por los grupos sociales plenamente integrados, los vulnerables y los desafiados. Perjuicios y ventajas muy diferentes para los varones y las mujeres, para los ciudadanos nativos y los inmigrantes, en cada país y en cada región. Consecuencias humanas diferenciadas en función de desigualdades sociales, asimetrías de poder, situaciones de dependencia y subdesarrollo preexistentes que, a su vez, la guerra contra las drogas reafirma y ahonda.

América Latina es, en pleno siglo XXI, el espacio de nuevos movimientos sociales y políticos que pugnan por lograr la soberanía política, la independencia económica y la justicia social contra las políticas heredadas del cruento ciclo neoliberal de las últimas décadas. La crítica de la matriz belicista hegemónica a partir de un debate conjunto es el medio indispensable para concebir y poner en práctica una nueva política latinoamericana, pensada desde América Latina para las problemáticas específicas de la región.

## **Gonzalo Ralón**

Sociólogo por la Universidad de Buenos Aires. Es integrante del equipo de Investigación de Intercambios Asociación Civil y del Proyecto UBACyT SO44, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

# **POR QUÉ LAS DROGAS NO SON LA CAUSA DE LAS CONSECUENCIAS QUE SE LES ATRIBUYEN Y POR QUÉ LAS CAUSAS SE ENCUENTRAN EN LAS ESTRUCTURAS Y EN LAS INSTITUCIONES (NORMAS) SOCIALES**

**Francisco E. Thoumi**

Economista por la Universidad de los Andes (Colombia), con doctorado de la Universidad de Minnesota (EE.UU.). Cofundador y miembro del Consejo Editorial de Razón Pública. Investigador experto en economía política de las drogas y el delito, ha sido coordinador de investigaciones del Programa Global Contra el Lavado de Dinero y director del Informe Mundial de Drogas de la ONU en 2000. Profesor titular o visitante de varias universidades, ha escrito extensamente sobre la droga y el delito.

## **■ Introducción**

En esta ponencia quiero desarrollar algunas ideas que muchos en la audiencia y mis colegas analistas podrían considerar heréticas.<sup>1</sup> Sin embargo, es útil enfrentar las ideas y discutir las. Para empezar, debo afirmar que estoy de acuerdo en que las actuales políticas contra las drogas no obtienen los resultados que pretenden; que estas políticas se pueden mejorar y que es importante tener foros como este para abrir el debate sobre ellas.

Cuando se habla de consecuencias de las políticas en la mayoría de los casos se implica, sin decirlo, que existe una relación de causa y efecto entre las políticas y ciertos eventos como la violencia, la corrupción, la desorganización social, etcétera. En este ensayo se cuestiona esta relación de causalidad, se distingue entre factores necesarios y contribuyentes al desarrollo de la crimi-

<sup>1</sup> Una presentación detallada y rigurosa de los temas expuestos en esta ponencia se encuentra en Thoumi (2009a).

nalidad y de la industria de drogas ilegales, se argumenta que no hay factores suficientes para dicho desarrollo, se dan las razones por las que las políticas no son efectivas y se arguye que para resolver los problemas asociados a las drogas ilegales es necesario efectuar cambios estructurales e institucionales que muy probablemente no se harán, por lo que la industria ilegal continuará siendo exitosa a pesar de las políticas.

## ■ La evidencia empírica

Al evaluar la evidencia respecto a la efectividad de las políticas contra las drogas se encuentra una diversidad enorme. Primero, el prohibicionismo aumenta enormemente las utilidades de la producción y del mercadeo de drogas. Sin embargo, la alta rentabilidad no explica la estructura, y la dispersión espacial y otras características de la industria de drogas ilegales. Primero, a pesar de las enormes ganancias, la gran mayoría de países que pueden cultivar coca y amapola y producir cocaína y heroína no lo hacen. Sin duda la alta rentabilidad es un factor que tiene que ver con las drogas ilegales, pero por ejemplo, ¿por qué Colombia tiene mucha más competencia en el mercado mundial de café, flores, confecciones y banana que en el de cocaína? ¿Por qué Ecuador no cultiva coca pero sí lo hacen sus vecinos? Segundo, se “sabe” que la violencia es un instrumento de la criminalidad organizada, pero, ¿por qué esta ha sido tanto más alta en Colombia, en las favelas de algunas ciudades brasileñas y recientemente en México, que en Perú, Bolivia, Afganistán, los Estados Unidos, Turquía, Myanmar, Laos y otros países en los que las drogas han sido importantes? En México ha habido tráfico de drogas durante más de cien años, ¿por qué la violencia asociada a las drogas surgió en los últimos 10 años y no antes? Tercero, es lugar común afirmar que la prohibición al alcohol ha sido un fracaso completo y se da como evidencia el caso de los Estados Unidos entre 1920 y 1933. Sin embargo, el prohibicionismo al alcohol ha sido muy exitoso por muy largo tiempo en algunos países islámicos.

## ■ Las explicaciones de la concentración de la cocaína en Colombia

En Colombia es común escuchar que las políticas represivas contra las drogas se han formulado para que los Estados Unidos capturen las utilidades del negocio ilegal. Esta creencia se basa en modelos marxistas y de la teoría de la dependencia en los que la “acumulación primaria de capital” surge de las utilidades del capital que son la única fuente de la inversión. De acuerdo con esta versión, las “causas” de la producción de coca y cocaína en Colombia radican en el sistema capitalista mundial, que es injusto y explotador. En este caso, la explicación de la producción de drogas en Colombia radica en la pobreza de los colombianos y la gran demanda de los estadounidenses. Y el narcotráfico beneficia a los Estados Unidos. Muchos se quejan de que las

“grandes ganancias se quedan allá”, de que los grandes bancos se benefician del lavado de dinero y dependen de esos recursos, y de que los Estados Unidos tienen una doble moral. Estos argumentos justifican el surgimiento en Colombia de cultivos ilícitos como resultado de la injusticia del sistema capitalista mundial y la pobreza del campesinado. Sin embargo, la participación en la industria de las drogas ilícitas ha sido muy diferente de la de Bolivia y Perú. El desarrollo de la industria de drogas ilegales en Colombia no se basó en los cultivos, sino en la manufactura de cocaína y en el narcotráfico.

Otros analistas han resaltado la importancia de otros factores en el desarrollo de la industria de drogas ilegales en Colombia: su localización a mitad de camino entre Bolivia y Perú, y los Estados Unidos; la selva colombiana, vasta y escasamente poblada, la cual facilita ocultar laboratorios y pistas de aterrizaje; las elevadas habilidades empresariales de los colombianos en comparación con los nativos de otros países andinos y la disposición de la comunidad colombiana en los Estados Unidos para servir como red de distribución; los altos niveles de desempleo; la gran desigualdad en las distribuciones de ingreso y riqueza; la exclusión social; la corrupción y débil presencia estatal en muchas zonas del país; la existencia de movimientos guerrilleros; la tradición de contrabando en las fronteras; y la disponibilidad para utilizar violencia; las crisis económicas padecidas por algunas regiones.

Algunos han notado la importancia de la cultura antioqueña en la que el éxito se mide por el dinero obtenido sin importar cómo; el deterioro del tejido social como resultado de la época de violencia en los años cuarenta y cincuenta del siglo pasado y la gran migración rural-urbana.

Economistas de la corriente principal de la profesión han explorado otras explicaciones. Gaviria (2000) usa una analogía con los modelos de crecimiento que tienen equilibrios múltiples que pueden atrapar a un país en situaciones de ingreso bajo. En el caso de la violencia, un choque externo puede llevar a un país a un nivel de equilibrio de violencia alto o bajo. En Colombia, el choque externo fue el gran aumento en la demanda internacional de drogas. Esta explicación economicista presenta una dificultad. Para que sea válida se requiere explicar por qué un choque externo que es semejante para todos los países, afectó a Colombia de manera tan grave mientras que no lo hizo en otros países. La única explicación posible está dada por las condiciones internas de la sociedad colombiana. La gran mayoría de los argumentos presentados para explicar por qué Colombia concentró la industria ilegal de cocaína son exculpatorios y justificativos y ninguno explica por qué no surgió una gran competencia de otros países.

### ■ El vínculo entre las drogas y la violencia

“La ilegalidad de las drogas causa la violencia” es un lugar común en las crónicas periodísticas y en muchos trabajos analíticos. No hay duda de que

la violencia juega un papel en actividades ilegales en las que los participantes no pueden acudir a los sistemas de resolución de conflictos del Estado. Sin embargo, la evidencia mundial es clara: “Aun sin la protección del Estado y de las cortes, los mercados de drogas ilegales son generalmente pacíficos. Sin embargo, ocasionalmente algunos mercados tienen niveles altos de violencia” (Reuter, 2009: 275). Es cierto que la violencia juega un papel en los mercados ilegales, pero también es cierto que la amenaza de la violencia es mucho más valiosa que la violencia misma. Esta afecta el negocio ilegal negativamente, atrae la atención de los encargados de mantener el orden y disminuye la calidad de vida de los actores ilegales. No conozco ningún traficante colombiano que haya podido disfrutar su riqueza desde su residencia en el cementerio.

La aceptación de que las drogas son la causa de la violencia implica, además, aceptar que cuando hay grandes ganancias ilegales fáciles de obtener es “natural” que los humanos se maten por conseguirlas. Es interesante ver como los niveles de violencia considerados como “naturales” varían de manera drástica entre sociedades. Por ejemplo, la famosa masacre del día de San Valentín de 1929, en la que la pandilla de Al Capone arrasó con la de Bugs Moran en Chicago, generó un rechazo social enorme que contribuyó sustantivamente al fin del prohibicionismo al alcohol en los Estados Unidos. Ese día murieron siete gánsteres. En 2002, en una conferencia en Bogotá, Evo Morales expresó su rechazo a la violencia en el Chapare, donde la “situación era intolerable”: “En el último año murieron cuatro campesinos” ¿Cuántas muertes y masacres semejantes y mucho mayores han ocurrido y continúan ocurriendo en Colombia y México?

### ■ ¿Por qué se viola la ley?

#### ■ Factores que contribuyen

Las repuestas tradicionales a esta pregunta sencilla tienden a ser muy simples. Por ejemplo, “hay gente buena y gente mala”, “los pobres tienen que vivir”, etcétera. La criminología moderna ha avanzado en esa línea y ha identificado los factores que hacen que una persona o grupo de la sociedad tenga una mayor probabilidad de cometer crímenes. Por ejemplo, en los Estados Unidos un joven varón nacido de madre adolescente soltera y sin educación en un gueto negro o hispano tiene una probabilidad muy alta de pasar parte de su vida en la cárcel. Así, pobreza, exclusión social, hijos de hogares sin padre, víctimas de la violencia, crisis económicas, bajos niveles de educación, etcétera, son factores que aumentan la probabilidad de que alguien apele a los crímenes económicos para sobrevivir. Sin embargo, hay muchas personas con esas características que no son criminales y muchos criminales que no las tienen. La conclusión simple es que los factores identificados contribuyen al crimen, pero ninguno garantiza que este ocurra.

Es importante mencionar que la criminología también identifica factores que protegen contra la criminalidad: familias funcionales, buenas escuelas, integración a la sociedad, etcétera.

### ■ Factores necesarios

Cabe preguntar, si hay muchos factores que contribuyen al crimen, ¿hay alguno que es necesario? El cultivo de coca y cocaína se puede usar como un ejemplo para esclarecer este punto. Hay algunos factores necesarios relacionados con los requisitos de la producción, o lo que los economistas llaman “la función de producción”. Para cultivar coca se requiere tener tierra en el trópico húmedo entre 500 y 1.700 metros de altura. Se necesita tener semillas, herbicidas y abonos. Para producir pasta básica de cocaína se requiere tener algún solvente químico, como el kerosén. Para refinar cocaína hay que tener otros productos químicos como éter, acetona o ácido sulfúrico. En general, todos los insumos necesarios tienen sustitutos y usos amplios en las actividades industriales. El equipo más costoso requerido es un horno microondas y, si no hay acceso a electricidad, un generador. Además, se requiere tener alguien con las destrezas suficientes para controlar los procesos químicos. Hace 50 años estos eran químicos profesionales, hoy en el argot del negocio se los llama “cocineros”. No hay duda que todos estos requisitos, excepto los geográficos, hoy son fáciles de obtener. Otro factor necesario es la capacidad para establecer redes de tráfico nacional e internacional. En el mundo actual, cada vez más globalizado, es también fácil desarrollar estas redes.

¿Hay otros factores necesarios? En realidad hay uno clave: es necesario que en la sociedad existan grupos para los cuales violar la ley no sea un obstáculo a la acción. Se puede argumentar que hay actividades ilegales que no son planeadas pero que se llevan a cabo por oportunismo. En estos casos, quien viola la ley puede alegar que fue tentado por la oportunidad. Esto puede ser cierto, pero además de ser tentado, tuvo que estar dispuesto a violar la ley. Las actividades ilegales económicas más complejas que los crímenes oportunistas simples requieren algún grado de planificación, la participación de más de una persona o de un grupo, y el desarrollo de redes de apoyo dentro de la sociedad formadas por personas que consideran razonable o apropiado violar la ley. Las industrias de la coca-cocaína y de la amapola-opio-heroína y su exportación requieren organizaciones ilegales complejas que se pueden desarrollar solamente en países o regiones en los que haya grupos cuyas normas de comportamiento socialmente aceptadas difieran sustancialmente de las normas y leyes formuladas por el Estado que prohíben la producción y el tráfico de esos productos.

En sociedades en las que prevalece el imperio de la ley los crímenes económicos son cometidos por pocas “manzanas podridas”, individuos cuyos comportamientos desviados son la excepción en la sociedad. En estos casos los esfuerzos de la policía y del sistema judicial para hacer cumplir la ley son efectivos y



logran mantener niveles bajos de criminalidad. Pero cuando grupos significativos de la sociedad no aceptan como válidas las leyes formales, cuando muchos de sus miembros no tienen reparo en violar las leyes, o cuando violar la ley se justifica porque esta parece estar capturada por otros grupos que se benefician de ella o porque las leyes se perciben como importadas, “trasplantes legales” provenientes de otras sociedades o contextos, la sociedad se convierte en terreno fértil para el desarrollo de actividades económicas ilegales.

Sin embargo, hay que aclarar que existen países como Nepal que no tienen un problema importante de crimen organizado o de criminalidad aunque en ellos hay una gran brecha entre las normas y leyes del Estado y las de grupos sociales importantes. Para que surja una actividad ilícita como la producción de cocaína se requiere además que las normas sociales de los grupos que participan de la industria ilegal tengan al menos una de dos características específicas.

Primero, las normas sociales deben permitir que el individuo no considere ni le importe el efecto de sus acciones sobre los demás. En otras palabras, los efectos negativos que las drogas puedan tener sobre los consumidores, sus familias y sociedades, no deben ser un obstáculo para que el individuo participe en su producción y tráfico. Es decir, se requiere que exista un grupo de individuos cuyo comportamiento pueda describirse como un “individualismo amoral” o anémico. Hay casos, por ejemplo, de sociedades formadas por grupos étnicos claramente separados que muestran diferencias muy grandes entre las normas formales e informales de comportamiento, pero dentro de los cuales hay fuerte solidaridad, confianza, reciprocidad, dignidad y respeto por los demás, que no producen o trafican en bienes y servicios que tienen consecuencias negativas sobre otros seres humanos.

Segundo, que individuos y grupos sociales justifiquen la producción de drogas como un mal que se lleva a cabo en aras de lograr una meta superior. Por ejemplo, porque las drogas permiten financiar la lucha por la independencia nacional o contra un gobierno injusto o una oligarquía excluyente o la supervivencia de la familia o tribu.

### ■ No hay factores suficientes pero sí sociedades vulnerables

Es necesario enfatizar que entre todos los factores que contribuyen al desarrollo de la industria de drogas ilegales, ninguno o ningún grupo es suficiente. Para que la industria surja, **se requiere tener todos los factores necesarios:** un gran conflicto entre las normas formales e informales de la sociedad, la capacidad para generar redes criminales que se vinculen con los mercados de drogas y los requisitos de la función de producción, tales como los conocimientos de química, el clima adecuado, etcétera. Sin embargo, tener todos los factores necesarios no garantiza que se desarrolle la industria ilegal puesto que no hay factores que individualmente o combinados sean suficientes para ese desarrollo. Además, existe una amplia gama de factores contribuyentes que pueden incentivar el desarrollo de la industria ilegal, pero solamente

si están presentes todos los necesarios. La confluencia de todos los factores necesarios hace que una sociedad sea vulnerable. Sin esos factores que hacen que la sociedad sea vulnerable, la industria ilegal no puede desarrollarse. Como no hay ningún factor o combinación de factores que sea suficiente, **es posible concebir una sociedad que tenga todos los factores necesarios pero que no desarrolle la industria ilegal.** Sin embargo, esta sociedad sería muy vulnerable y podría desarrollar la industria en cualquier momento. El surgimiento o refuerzo de factores contribuyentes, como un aumento en la pobreza o una crisis económica, pueden actuar como detonantes del desarrollo de la industria ilegal. En estos casos, el factor contribuyente aparece como la “causa” industria ilegal, cuando solamente es un factor que la incentiva. Por eso, en la literatura se encuentran muchas referencias a la pobreza, crisis, desigualdad y factores semejantes como “causas” del narcotráfico. Sin embargo, **las actividades criminales surgen de procesos evolutivos, no newtonianos** sin relaciones de causalidad claras del tipo “ $Y=f(X)$ ” tales que “el que X ocurra hace que Y también ocurra”.

La demanda internacional ilegal de cocaína es un factor exógeno a Colombia y necesario para el desarrollo de la producción y el tráfico de cocaína. Pero el desarrollo de la industria ilegal también requiere la presencia de factores endógenos que hagan de Colombia una sociedad vulnerable, lo mismo ocurre en México, en las favelas de Brasil y en otros países. El desarrollo de la industria ilegal en cada país dependerá de los factores vulnerables y protectores que cada sociedad tenga. Perú y Bolivia no desarrollaron grandes carteles y tampoco Chile y Ecuador, que en los años cincuenta habían tenido pequeñas bandas de traficantes de cocaína. Para entender este fenómeno es necesario identificar los factores protectores que evitaron que la industria de cocaína se enraizara en esos países de manera semejante a Colombia. Debido a que los factores necesarios para el desarrollo de la industria de la cocaína ilegal tienden a estar en el trasfondo mientras que los factores contribuyentes parecen ser sus “causas”, el análisis del desarrollo de la industria enfrenta un **grave problema de identificación** de las razones o factores que generan su desarrollo. Por eso, se afirma frecuentemente que “la crisis cafetera fue la causa del crecimiento de los cicales” o que al “agravarse la pobreza surgió el narcotráfico”, etcétera.

### ■ Algunas conclusiones

En conclusión, mientras que la demanda internacional o nacional es necesaria para que exista un mercado criminal, para que este se desarrolle es necesario que la sociedad tenga una estructura, normas y organismos que la hagan vulnerable.

Si la demanda es interna, la sociedad puede intentar eliminarla, pero para lograr esa meta tendrá, primero, que entender por qué en esa sociedad surgió

la demanda. Es decir, tendrá que hacer un ejercicio en el lado de la demanda semejante al hecho para entender por qué surge la oferta e identificar los factores que hacen que esa sociedad sea vulnerable al crecimiento de la demanda. Si la demanda es internacional, la única opción que tiene el país para eliminar la industria ilegal es identificar los factores necesarios que hacen que sea vulnerable y focalizar sus esfuerzos en cambiarlos. Esta no es una perspectiva satisfactoria para muchos políticos ni ciudadanos, pero la alternativa a no hacerlos es continuar con los problemas generados por la ilegalidad. En el caso de las drogas en Colombia, se puede afirmar que las debilidades de la sociedad colombiana y de la estadounidense se han complementado de manera muy eficaz para que la industria de drogas ilegales haya subsistido en Colombia durante los últimos 40 años (Thoumi, 2006).

### ■ Implicaciones para las políticas contra las drogas

La receta para eliminar las drogas ilegales es trivial, puesto que si se elimina un factor necesario para la existencia del mercado ilegal este no puede existir. La literatura sobre drogas considera dos enfoques para llegar a esa meta: la legalización o la represión, pero para tener éxito ambas deben ser radicales. Para que la legalización acabe con la industria ilegal debe ser total, de otra forma siempre habrá un mercado negro, aunque no tan rentable para los productores como el actual. Este sería el caso, por ejemplo, de un programa de distribución de heroína a los adictos a través de los servicios de salud. El mercado negro seguiría existiendo para satisfacer a quienes quieran probar la heroína y para los usuarios y adictos que no quisieran inscribirse en el programa oficial. La liberalización de los mercados de drogas muy probablemente aumentaría el número de usuarios y adictos. Claro que se podría alegar que la disponibilidad de drogas ilegales actualmente es muy grande en los Estados Unidos, en Europa y en otros países, por lo que el consumo no aumentaría. Sin embargo, la realidad es que nadie sabe cuál sería el efecto real sobre el consumo de un programa de legalización. Es interesante notar que quienes abogan por la legalización implícitamente recomiendan la eliminación de un factor necesario para la existencia del mercado ilegal. En este caso, lo que se busca es que las normas legales se acomoden a las sociales de algunos grupos que se ven afectados por la prohibición.

La mayoría de quienes abogan por la legalización de las drogas no hacen mención al régimen internacional de control de drogas o, cuando lo hacen, es solo superficialmente. Su argumento básico es que las políticas represivas no son efectivas, por lo que hay que cambiarlas. Sin embargo, la liberalización de los mercados de las drogas que hoy son ilegales no es viable en el contexto internacional actual, construido como una camisa de fuerza que hace imposible la liberalización de los mercados en el corto plazo y casi imposible hacerlo aun en el largo plazo. Independientemente de la justicia o efectividad del sistema actual, su propia inercia previene cambios sustanciales (Thoumi, 2009b).

Por otro lado, para tener éxito, las políticas represivas deben ser muy fuertes, posiblemente mucho más de lo que la mayoría de las sociedades están dispuestas a tolerar. China e Irán ejecutan un gran número de personas acusadas de narcotráfico y no pueden eliminar el mercado ilegal. Rusia es mucho más prohibicionista que los Estados Unidos, que encarcela una cantidad enorme de personas y no logra acabar el mercado ilegal. Se puede argumentar que los Estados Unidos podrían aplicar políticas más represivas, sin embargo, para hacerlo posiblemente dejarían de ser los Estados Unidos, es decir, deberían tirar por la borda sus normas constitucionales sobre derechos individuales. Simplemente, para eliminar el mercado ilegal por medios represivos, los Estados Unidos tendrían que efectuar cambios institucionales y estructurales de naturaleza tal que no serían tolerables para su población.

Las políticas contra las drogas, generalmente, no atacan elementos necesarios sino contribuyentes al desarrollo de la industria ilegal. Por eso, se pueden ganar muchas batallas, casi siempre pequeñas, pero no la guerra. Cuando no se eliminan factores necesarios para la ilegalidad, las organizaciones ilegales se adaptan a las políticas y evolucionan desarrollando nuevas estrategias y sistemas de operación.

Desde la perspectiva latinoamericana es necesario aceptar que el prohibicionismo mundial es un hecho con el que hay que convivir. Como la demanda mundial ilegal continuará, es necesario preguntarse ¿cómo se podrían eliminar los factores necesarios para que exista una oferta? Dada la experiencia con las políticas contra las drogas y la permanencia del régimen prohibicionista internacional, la única forma de eliminar la industria ilegal en la América Latina es cerrando la brecha entre las normas formales y las informales. Para esto se requiere forjar fuertes lazos de solidaridad, confianza y reciprocidad, de manera que el tejido social se fortalezca y refuerce los esfuerzos del Estado para establecer el imperio de la ley. En términos de Mockus (1994), se requiere armonizar la ley, la cultura y la moral. Hay muchos, como Gaviria (2008), que alegan que esto es imposible mientras las drogas sean ilegales. Sin duda él tiene razón, siempre y cuando los que buscan el cambio social no tomen fuertes acciones proactivas en oposición y censura a los comportamientos ilegales y no tengan apoyo de sus gobiernos. Esto implica oponerse a la ilegalidad en general, no solamente a la ilegalidad de los paramilitares, guerrilleros, narcotraficantes, sicarios y otros criminales violentos.

No hay duda de que la presencia de una industria ilegal fuerte hace mucho más difícil implantar el imperio de la ley. Pero también es cierto que, durante varios siglos, América Latina no tuvo problemas con drogas ilegales y no implantó ese imperio.

El desafío para implantar el imperio de la ley en la región es enorme y esa meta no se puede obtener sino en el largo plazo. La tarea es semejante a la de fortalecer las defensas de un cuerpo contra las enfermedades. Por eso, el desafío es establecer normas legales que sean reforzadas por las normas sociales y que sean respetadas por la gran mayoría de la población. Infortu-

nadamente no hay fórmulas mágicas para lograr esta meta. Sin embargo, el primer paso es reconocer que la industria de drogas ilegales es un síntoma de la falta de respeto por la ley y que los cambios en comportamiento deben ser parte esencial de la agenda de política de los gobiernos. Se requiere que quienes formulan políticas y leyes reconozcan que los guerrilleros, paramilitares, narcotraficantes, sicarios y otros criminales son personas que nacieron, crecieron, se socializaron y educaron en sus países. Ellos son producto de sus sociedades. Ser proactivos implica cambiar no solamente los comportamientos de “los malos”, sino los de toda la sociedad. El punto es que es necesario aceptar que la cultura no es neutral con relación al crimen y al desarrollo de los países y, por consiguiente, un cambio cultural apropiado debe ser uno de los objetos de la política. Solamente cuando esto se acepte es posible llegar a recomendaciones de políticas consensuadas y aceptadas por la gran mayoría de los ciudadanos. Entre tanto, los gobiernos continuarán con sus políticas contra las drogas que atacan factores contribuyentes al desarrollo ilegal, pero estas se pueden mejorar y su implementación debe hacerse reconociendo que no van a eliminar las drogas ilegales.

Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

### ■ Referencias

- Gaviria, Alejandro (2000): “Increasing returns and the evolution of violent crime: the case of Colombia”, *Journal of Development Economics*, 61: 1-25.
- Gaviria, Alejandro (2008): *Uribenomics y otras paradojas*. Bogotá: Universidad de Los Andes-Norma.
- Mockus, Antanas (1994): “Anfibios culturales y divorcio entre ley, moral y cultura”, *Análisis Político*, 21.
- Reuter, Peter (2009): “Systemic Violence in Drug Markets”, en *Crime Law and Social Change*, 52: 275-284
- Thoumi, Francisco E. (2006): “Las políticas contra las drogas, reformas y relaciones colombo-americanas”, en A. Camacho (ed.) *Narcotráfico: Europa, Estados Unidos, América Latina*. Bogotá: UNIANDES-CESO.
- Thoumi, Francisco E. (2009a): “Necessary, sufficient and contributory factors generating illegal economic activity, and specifically drug-related activity, in Colombia”, *Iberoamericana*, 35: 105-126.
- Thoumi, Francisco E. (2009b): “La normatividad internacional sobre drogas como camisa de fuerza”, *Nueva Sociedad*, 222: 42-59.

# EL FRACASO DE LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS

**Juan Carlos Hidalgo**

Graduado en Relaciones Internacionales por la Universidad Nacional de Costa Rica y magister en Comercio y Política Pública Internacional por la George Mason University (EE.UU.). Es coordinador de proyectos para América Latina en el centro de investigación de políticas públicas Cato Institute, de Washington, EE.UU.

Hace poco más de 40 años, el entonces presidente estadounidense Richard Nixon lanzó la guerra internacional contra las drogas. La prohibición sobre ciertos estupefacientes ya era de larga data en los Estados Unidos: en 1914 el Congreso prohibió la cocaína, la heroína y drogas relacionadas, y en 1937 fue el turno de la marihuana. Sin embargo, es debatible el alcance con que las autoridades estadounidenses hacían cumplir estas leyes. Todo eso cambió en 1969 con la declaración de Nixon.

Estas no fueron las únicas sustancias en ser prohibidas en los Estados Unidos a inicios del siglo XX: en 1919 se ratificó la XVIII enmienda a la Constitución, la cual prohibió la fabricación, venta, transporte e importación de las bebidas alcohólicas en el territorio estadounidense. Una década más tarde, la llamada “Prohibición” era un fracaso ante ojos de propios y extraños. Lo que antes era un negocio formal degeneró en un mercado negro altamente lucrativo y muchas veces violento. Bandas criminales poderosas luchaban en las calles por el control del mercado, al tiempo que corrompían a las autoridades. Fue el surgimiento de mafiosos emblemáticos, como Al Capone.

La Prohibición también dio paso a la aparición de licores más fuertes, ya que su potencia los hacía más lucrativos para ser contrabandeados. Las condiciones insalubres y la falta de controles de calidad sobre el alcohol, que continuó siendo consumido por un sector importante de la población, causaron la muerte de miles de estadounidenses por intoxicación y envenenamiento.

La Prohibición había fracasado en lograr su objetivo ilusorio de impedir que los estadounidenses consumieran alcohol y más bien sus efectos secundarios –violencia, corrupción, insalubridad– probaron ser más perniciosos que los males relacionados al alcoholismo. En 1933, mediante la ratificación

de la XXI enmienda a la Constitución, los Estados Unidos acabó con el fallido experimento de la prohibición del alcohol. Sin embargo, y no en menor medida debido a prejuicios raciales, las leyes sobre el consumo de otras sustancias permanecieron intactas. La prohibición de la cocaína se mantuvo puesto que iba dirigida a los afro-estadounidenses, la de la marihuana a los mexicanos y la del opio a los chinos.

Es imposible no establecer paralelos entre la experiencia de la Prohibición en los Estados Unidos con lo que actualmente se vive en dicho país y en nuestra región con la guerra contra las drogas. La prohibición de las drogas ha hecho del narcotráfico un negocio extremadamente lucrativo. Esto se debe a que el precio de una sustancia ilegal se determina más por el costo de la distribución que por el de la producción. Por ejemplo, en el caso de la cocaína, el precio de la hoja de coca en el campo y lo que paga un consumidor en las calles estadounidenses por el polvo blanco aumenta más de 100 veces. Dependiendo de la droga, el 90% o más del precio minorista del estupefaciente corresponde a la prima generada por la prohibición.

Rubén Aguilar Valenzuela y Jorge Castañeda (2009) ilustran cómo el precio de la cocaína va exponencialmente en aumento conforme se acerca a su destino final en los Estados Unidos. De acuerdo a información recabada por los autores, el kilo de cocaína pura se vendía en Colombia a aproximadamente \$1.600. Ese mismo kilo aumentaba su precio hasta 2.500 dólares al llegar a Panamá. Una vez en la frontera norte de México ya costaba 13.000 dólares, y en los Estados Unidos aumentaría a 20.000. Luego, en las calles de las principales urbes estadounidenses, ese mismo kilo podría llegar a venderse al menudeo en 97.000 dólares.

Por esta razón, los márgenes de ganancia de los carteles de la droga son enormes. De acuerdo a algunos estimados, una organización narcotraficante puede perder el 90% de su carga y aun así permanecer lucrativa. Según cifras de la ONU, el comercio mundial de estupefacientes alcanza los 320.000 millones de dólares al año.

### ■ Es una guerra allá afuera

El término bélico dado a la lucha contra el tráfico de drogas no es exagerado. Particularmente en nuestros países, miles de vidas se pierden todos los años debido a violencia relacionada al narcotráfico. El más reciente estimado en México apunta a 28.000 asesinatos desde que el presidente Felipe Calderón declaró la guerra a los carteles de la droga en diciembre de 2006. La mayoría de las víctimas son personas ligadas al negocio del narcotráfico pero, sin embargo, la cantidad de civiles inocentes ultimados en tiroteos va en aumento.

Los ingresos producto del tráfico internacional de drogas también han servido para financiar a grupos terroristas como FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias-Ejército del Pueblo) en Colombia o Sendero Luminoso en Perú,

organizaciones con una comprobada capacidad de atacar objetivos civiles mediante secuestros y atentados. De tal forma, la guerra contra las drogas no solo genera víctimas entre los traficantes, vendedores o consumidores de estupefacientes, sino también entre personas inocentes que se encontraban en el lugar equivocado a la hora equivocada.

Al igual que con la Prohibición hace 80 años, la guerra contra las drogas ha conducido a la producción de narcóticos potentes de baja calidad sanitaria, con efectos mortales sobre sus consumidores. Un estudio de James Ostrowski (1989) realizado para el Cato Institute encontró que el 80% de las muertes relacionadas al consumo de drogas son en realidad causadas por factores del mercado negro, como la ausencia de dosis estandarizadas de las sustancias.

En los Estados Unidos la militarización de la lucha contra las drogas va en aumento. Cada día, más de 100 casas a lo largo del país son allanadas por equipos policiales paramilitares SWAT (Special Weapons Attack Team), muchos de estos operativos se realizan a altas horas de la noche o temprano en la madrugada. Desde inicios de los ochenta el número de este tipo de allanamientos ha aumentado en un 1.300%: de 3.000 al año en 1981 a 40.000 en 2001, una cifra que probablemente es mucho más alta en la actualidad. No todos estos operativos terminan de la mejor manera. Una investigación de Radley Balko (2006) identificó 300 casos en que los equipos SWAT allanaron una casa equivocada; en 40 de ellos fue asesinada una persona totalmente inocente. Hay docenas de casos más en que transgresores no violentos (consumidores ocasionales de drogas) también fueron ultimados.

La guerra contra las drogas también afecta de manera permanente la vida de cientos de miles de personas más. En los Estados Unidos todos los años se arresta a 1,5 millones de individuos por ofensas a las leyes antinarcóticos. Desde 1989 se ha encarcelado a más gente por este tipo de transgresiones que por todos los demás crímenes violentos juntos. La tasa de encarcelamiento en los Estados Unidos es la más alta del mundo, superior incluso a la de países totalitarios, como China. Los estadounidenses encarcelan a una tasa cuatro o siete veces superior a la de otras democracias occidentales, como el Reino Unido, Francia o Alemania.

Todo este esfuerzo representa también una alta erogación fiscal. En total, el costo de la guerra contra las drogas en los Estados Unidos ronda los 40.000 millones de dólares anuales, si se toman en cuenta los gastos que se realizan en todas las agencias federales y estatales en materia de políticas sobre drogas.

Sin embargo, la carga más pesada recae sobre los países menos desarrollados, como los latinoamericanos. Un informe reciente del Banco Mundial señaló que “los costos de la prohibición caen desproporcionadamente sobre los países en desarrollo que tradicionalmente crecen cultivos asociados con la producción de drogas. Estos costos varían desde la expropiación directa



de la riqueza de los productores agrícolas que cosechan estos cultivos hasta la inestabilidad institucional causada por las organizaciones criminales que distribuyen estas drogas” (Keefer, Loaiza y Soares: 2008).

En ningún lugar es más patente esta inestabilidad institucional que en México, donde la corrupción y violencia relacionadas con el narcotráfico son cuestiones de todos los días. A diferencia de Colombia, que también vivió su pesadilla de violencia en las décadas de 1980 y 1990, México no cuenta actualmente con la capacidad institucional necesaria para hacer frente a los poderosos carteles de la droga. El ejército mexicano históricamente ha sido mal equipado y sus funciones han estado más enfocadas a labores de rescate en casos de desastres naturales que a combates armados contra grupos irregulares. Hasta hace pocos años, México no contaba con una policía nacional, por lo que la lucha contra los narcotraficantes recaía en las 32 policías estatales y las más de 2.500 municipales, las cuales representan una fuerza muy fraccionada, mal preparada para esta batalla y en muchas ocasiones corrupta. Por ejemplo, de acuerdo al secretario de Seguridad Pública de México, los carteles gastan 1.200 millones de dólares al año para comprar la voluntad de 165.000 oficiales de policía en todo el país.

El negocio de la droga en México representa aproximadamente 39.000 millones de dólares anuales, por lo que los carteles de la droga cuentan con el dinero suficiente para armarse hasta los dientes. Es una lucha desigual donde las fuerzas de la seguridad llevan las de perder. Aun con la colaboración de los Estados Unidos –cuya asistencia tiene límites, debido al recelo que provoca cualquier presencia militar de ese país en México– los carteles de la droga cuentan con la ventaja. El Plan Mérida, aprobado hace unos años por el Congreso de los Estados Unidos, daría 1.400 millones de dólares en cooperación con la lucha antidrogas, dinero al que también tendrían acceso los países centroamericanos. Esto es una fracción del capital que manejan las organizaciones narcotraficantes.

### ■ ¿Está funcionando?

A la hora de evaluar la guerra contra las drogas, el interrogante radica entonces en si todas estas vidas perdidas, el dinero, la violencia, corrupción y erosión de libertades civiles están al menos logrando el objetivo de frenar el consumo de drogas en la población. Para eso, basta con citar la primera oración del informe del Departamento de Justicia de los Estados Unidos (2010), que dice: “En general, la disponibilidad de drogas ilícitas en los Estados Unidos está en aumento”. Los números no mienten. En 2007, último año para el cual hay datos disponibles, el precio al por menor de un kilogramo de cocaína pura en las calles estadounidenses era el más bajo jamás registrado, e incluso un 22% inferior al de 1999, año en que se lanzó el Plan Colombia con el objetivo de detener la producción de cocaína en dicho país.

Si bien la zona sembrada por coca en Colombia ha caído en un 60% en la última década, los avances tecnológicos en la producción de cocaína han facilitado que la productividad vaya en crecimiento. El rendimiento por hectárea sembrada ha aumentado en casi dos tercios desde el 2000, como reportara recientemente *The Economist* (2010). De tal forma, hay menos área sembrada con coca en Colombia, pero la cantidad de cocaína producida sigue siendo la misma. Más aún, durante el mismo lapso la siembra de coca se ha disparado en Perú (55%) y en Bolivia (42%). Según estimados de la ONU, es probable que Perú ya haya superado a Colombia como el principal productor mundial de coca.

La razón por la que la oferta es tan versátil radica en que la demanda es bastante estable. Los Estados Unidos, por supuesto, sigue siendo el principal consumidor de drogas ilegales en el mundo; tan solo en 2008, más de 25 millones de estadounidenses mayores de 12 años (14% de la población) admitieron haber consumido alguna droga ilícita o un medicamento controlado sin prescripción médica. Un 82% de los estudiantes de último año de secundaria en dicho país admite que le es “muy fácil” o “relativamente fácil” obtener marihuana.

Si bien el mercado estadounidense es el más importante, no es el único que cuenta. El consumo de drogas ha ido en aumento en otras regiones, como Europa del Este y Asia Central, e incluso Medio Oriente. Esto indica que, aun si los Estados Unidos lograra controlar el consumo de drogas ilícitas en su territorio (algo que no ha conseguido en más de 40 años de guerra contra las drogas), otras regiones en donde el consumo está subiendo podrían sustituir cualquier hueco en la demanda. De tal forma, habrá demanda para rato, y por ende, también habrá oferta.

### ■ ¿Qué hacer entonces?

Es claro que el enfoque prohibicionista de la guerra contra las drogas ha fracasado. Y si bien el debate para un cambio de estrategia es prácticamente inexistente a los ámbitos gubernamentales en los Estados Unidos, en otras regiones eso está cambiando.

Hace unas semanas el presidente mexicano Felipe Calderón causó revuelo al aceptar por primera vez que era necesario tener un debate público y abierto sobre la legalización de las drogas, algo a lo que se había negado hasta ese momento. Según un editorial del periódico *El Universal* (2010) el cambio de actitud de Calderón tuvo que ver con una reunión que había sostenido días antes con Juan Manuel Santos, el entonces presidente electo de Colombia. De acuerdo a lo expresado por fuentes del periódico, Santos le dijo a Calderón que el narcotráfico no está bajo control en el territorio colombiano y que México debería ser el país que lidere un debate público acerca de la legalización o despenalización de las drogas. Días después del anuncio de Calderón, el ex presidente mexicano Vicente Fox anunció que lanzaba una campaña

para promover la legalización de la producción, la comercialización y el consumo de las drogas. A ellos se suman los ex presidentes Fernando Enrique Cardoso, de Brasil, César Gaviria, de Colombia, y Ernesto Zedillo, de México, quienes fueron los primeros ex jefes de Estado en hacer un llamado para “romper el tabú” de discutir alternativas a la prohibición de las drogas, dentro de las cuales sugirieron la despenalización de la marihuana.

Dentro de este contexto, el caso de Portugal ha recibido particular atención. En 2001, ese país se convirtió en la primera nación en despenalizar oficialmente el consumo de todas las drogas, incluyendo la cocaína y la heroína. Un estudio del Glenn Greenwald (2009) publicado por el Cato Institute encontró que “la despenalización no había tenido efectos adversos en las tasas de consumo de drogas en Portugal”, las cuales “en muchas ocasiones se encuentran ahora entre las más bajas de la Unión Europea”.

El estudio encontró que el nivel de narcotráfico, medido por el número de condenas relacionadas al tráfico de drogas, también había caído. Y la incidencia de otros problemas relacionados con las drogas, incluyendo el número de enfermedades transmitidas sexualmente y las muertes por sobredosis, ha “declinado dramáticamente”. El porcentaje de usuarios de heroína que se inyecta la droga cayó del 45% antes de la despenalización al 17% actualmente, ya que la nueva ley facilita los programas de tratamiento. Esto ha contribuido para que los drogadictos representen actualmente el 20% de los casos de VIH en Portugal, un número significativamente inferior al 56% que había antes de la ley. Además, como los drogadictos ya no temen ser castigados como criminales, un número creciente de ellos busca ayuda. El número de adictos registrados en programas de sustitución de drogas aumentó de 6.000 en 1999 a 24.000 en 2008, todo esto, vale enfatizar, sin que se presentara un aumento en el consumo de drogas.

La experiencia de Portugal demuestra que hay ejemplos sensibles en políticas sobre drogas. Sin embargo, si bien la despenalización es un paso en la dirección correcta, no elimina el mercado negro en la producción y comercialización de las drogas. Eso solo lo logra la legalización.

Al legalizar las drogas, los gobiernos obtienen más control sobre el mercado de estupefacientes al poder regular y gravar la producción y venta de los narcóticos, como actualmente ocurre con el tabaco y el alcohol. El dinero derivado de los impuestos sobre las drogas les permitiría brindarles tratamiento a los adictos. Al igual que con la despenalización, la legalización permitiría enfrentar de mejor manera el flagelo de la drogadicción al remover el estigma criminal de los adictos y tratarlos como pacientes. Sin embargo, la mayor ventaja de la legalización es que ahuyentaría en gran medida a los elementos criminales del negocio de las drogas, disminuyendo, sino eliminando del todo, la violencia, el crimen y la corrupción asociados a la prohibición.

Ningún proponente de la legalización ha dicho que esta sea una panacea. Sin embargo, sí es substancialmente mejor que el fracaso patente de la gue-

rra contra las drogas. La legalización no es una solución al “problema de las drogas”, la drogadicción continuará siendo un flagelo. Pero así como la prohibición del alcohol resultó ser un enfoque equivocado al problema del alcoholismo, de igual forma la guerra contra las drogas ha sido un enfoque errado al problema del abuso de las drogas. Ya es hora de que caigamos en cuenta.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

### ■ Referencias

- Aguilar Valenzuela, Rubén y Jorge Castañeda (2009): *El Narco: La Guerra Fallida*. México: Punto de lectura.
- Balko, Radley (2006): “Overkill: The Rise of Paramilitary Police Raids in America”, *Cato Institute White Paper*. Disponible en: [http://www.cato.org/pubs/wtpapers/balko\\_whitepaper\\_2006.pdf](http://www.cato.org/pubs/wtpapers/balko_whitepaper_2006.pdf).
- Departamento de Justicia de los Estados Unidos (2010): *National Drug Threat Assessment 2010*. National Drug Intelligence Center, Document ID: 2010-Q0317-001.
- El Universal* (2010): “Editorial”, 4 de agosto. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/columnas/85230.html>.
- Greenwald, Glenn (2009): “Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies”, *Cato Institute White Paper*. Disponible en: [http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald\\_whitepaper.pdf](http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf).
- Keefer, P., N. Loaiza y R. Soares (2008): “The Development Impact of the Illegality of Drug Trade”, *World Bank Policy Research Working*, paper n° 4543. Disponible en: [http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSContentServer/IB/2008/06/23/000158349\\_20080623151241/Rendered/PDF/wps4543.pdf](http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSContentServer/IB/2008/06/23/000158349_20080623151241/Rendered/PDF/wps4543.pdf).
- Ostrowski, James (1989): *Thinking about Drug Legalization*. Cato Institute Policy Analysis n° 121. Disponible en: <http://www.cato.org/pubs/pas/pa121.pdf>.
- The Economist* (2010): “Full Circle”, 26 de junio, p. 40. Disponible en: <http://www.economist.com/node/16439034>.



# UNA MIRADA CRÍTICA AL SUPUESTO ÉXITO DEL PLAN COLOMBIA

**Ricardo Vargas Meza**

Sociólogo y magister en Filosofía Social por la Universidad Nacional de Colombia. Miembro asociado del Transnational Institute. Miembro asociado y director de Acción Andina Colombia, y editor de la revista *Acción Andina*. Fue investigador en el Centro de Investigación y Educación Popular, en Bogotá, donde coordinó el Proyecto de Drogas y Violencia.

Mi exposición presenta los retos para abordar una perspectiva regional a partir del caso colombiano y el entorno andino. Para el balance sobre el Plan Colombia he tomado como referencia algunas afirmaciones que buscan prolongar la vigencia de una estrategia fundamentalmente militarista sobre el control de drogas. Las afirmaciones a las que hago referencia se basan en cuatro indicadores del supuesto éxito de la guerra antidrogas a través del Plan Colombia:

- 1** Una reducción del 18% de los cultivos, al pasar de 99.000 hectáreas en 2007 a 81.000 ha en 2008.
- 2** Una disminución del 28% de la producción de cocaína al pasar de 600 toneladas en 2007 a 430 t en 2008.
- 3** Cobertura del control aéreo, sobre todo en la frontera con Brasil (Government Accountability Office, 2005 y 2009).
- 4** Diversos indicadores asociados a la guerra interna en Colombia poco relacionados con el original objetivo antidrogas.

Las dos primeras afirmaciones surgen del último informe de la Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2009). Afirmándose en sus datos, la discusión que hay sobre el tema de las bases estadounidenses en territorio colombiano seguramente va a estimular un debate muy a fondo sobre la relación entre droga y seguridad. Los generales en Colombia sostienen: “Bueno, hay resultados interesantes, no hay que desconocer que el uso de la fuerza ha tenido un impacto”.

Pero también se afirma que existe una cobertura plena del control aéreo, sobre todo en la frontera de Colombia con Brasil, e indicadores sobre el control de la guerra interna en Colombia. Por consiguiente, la conclusión es que en mayor o menor medida la guerra va avanzando. Como consecuencia, frente al acoso que sufren los narcotraficantes en Colombia, Venezuela se configura en la salida que tienen. Entonces todo nos conduce a mirar el caso de Venezuela.

## ■ Disminución de los cultivos y de la producción de cocaína

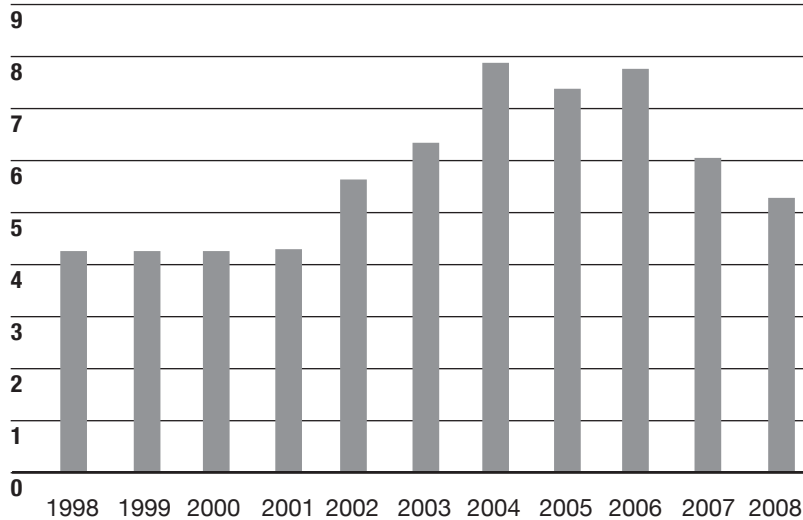
En primer lugar, contrastaré los datos de la ONUDD en relación con la disminución de los cultivos y de la producción de cocaína. Para poder hacer un cálculo de la cocaína que produce Colombia, este organismo divide al país en siete regiones y establece rendimientos del número de hectáreas y cuánto rinden en relación con pasta básica, luego pasa eso a clorhidrato de cocaína y luego a cocaína pura. Ahora bien, ¿qué pasó con los indicadores que utiliza para poder establecer los cálculos?

Como se observa en el Cuadro 1 –donde en la fila inferior se indican los kilos de cocaína que se calcula se producen por hectárea de hoja de coca–, la relación estimada entre hectáreas y producción de cocaína ha oscilado: a finales de la década de 1990 se calculaban 4,26 kg por hectárea, cifra que se mantuvo constante hasta 2001. En 2004, la ONUDD hizo un estudio que revisó los datos de 2003 y 2002, y la estimación subió a 8 kg por hectárea. O sea, subió el cálculo del promedio anual de producción de cocaína, que se mantuvo más o menos estable hasta que, a partir del mismo estudio de rendimiento, se revirtió la tendencia; ya en 2008, las estimaciones bajaron casi al nivel que se había usado en 1998 y 1999. Estas variaciones se pueden observar en el Gráfico 1.

**Cuadro 1**  
Promedios históricos de rendimientos de cocaína pura por hectárea en Colombia entre 1998 y 2008, según ONUDD (en toneladas)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Área	102.000	160.000	163.000	145.000	102.000	86.000	80.000	86.000	78.000	99.000	81.000
Cocaína	435	680	695	617	580	550	640	640	610	600	430
Relación tonelada / hectárea	4,26	4,25	4,26	4,26	5,70	6,40	8,00	7,44	7,80	6,10	5,30

**Gráfico 1**  
**Relación entre hectáreas de coca y producción de cocaína en Colombia**  
**entre 1998 y 2008, según ONUDD (en toneladas)**



Significa entonces que hay una trampa, porque según promedios obtenidos de un estudio más o menos serio que se hizo en el 2004, se niegan y se manipulan los datos para mostrar una reducción del volumen de producción de cocaína. Y por eso se ve una diferencia gruesa entre reducción de hectáreas y reducción de cocaína.

En el Cuadro 2 corregimos los rendimientos usando los estándares de la ONUDD (algunos de los cuales son inconsistentes); vemos que en 2008, la producción de cocaína en Colombia no bajó un 28% sino un 16%. La ONUDD dejó de registrar 73 toneladas de cocaína, es decir, el 17% de su cifra para Colombia. Por lo que la cocaína en la región andina no bajó el 15% sino el 7,6%, y se mantiene dentro de los promedios históricos de la región.

**Cuadro 2**  
**Producción global de cocaína 1998-2008 (corregida)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% de cambio 2007 / 2008	% del total andino 2007
Bolivia	150	70	43	60	60	79	98	80	94	104	113	9,0	12
Perú	240	175	141	150	160	230	270	260	280	290	302	4,0	33
Colombia	435	680	695	617	580	550	640	640	610	600	503	-16,0	55
<b>Total</b>	<b>825</b>	<b>925</b>	<b>879</b>	<b>827</b>	<b>800</b>	<b>859</b>	<b>1.008</b>	<b>980</b>	<b>984</b>	<b>994</b>	<b>918</b>	<b>-7,6</b>	<b>100</b>

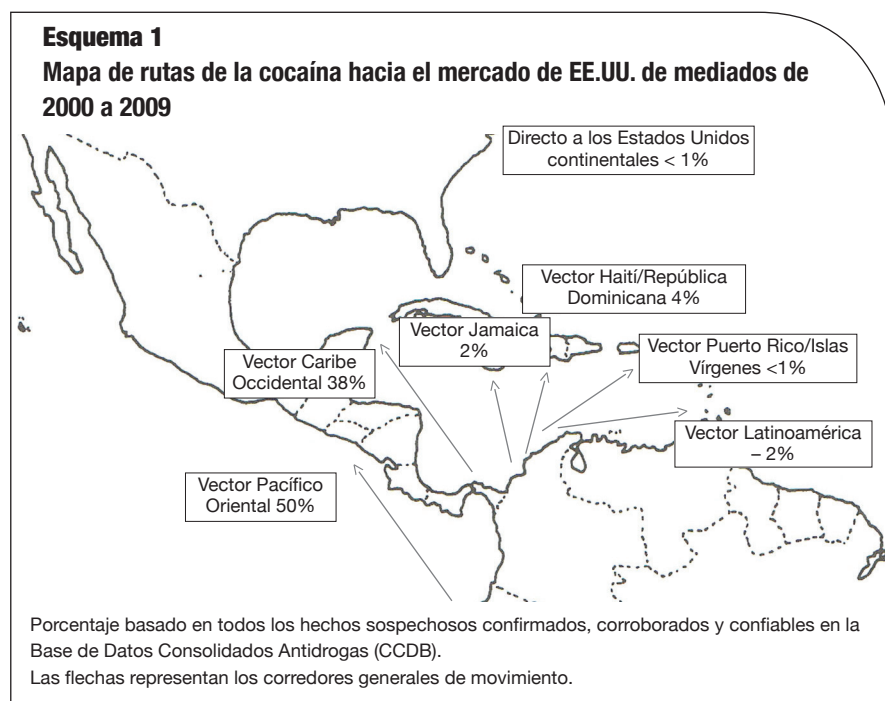


Hay un uso arbitrario por parte de la ONUDD de la producción de hoja de coca en Colombia, de los rendimientos por kilo de pasta básica de cocaína por tonelada de hoja de coca y de los promedios históricos de rendimientos de cocaína pura por hectárea. Si se usase el mismo promedio a que llegó la ONUDD en el estudio de 2004 en Colombia (7,7 kilos por hectárea), la producción de cocaína en 2008 fue entonces de 624 toneladas (frente a las 430 del informe 2008), lo que indica promedios históricos que se mantienen estables. Asimismo, es insostenible que la relación entre clorhidrato de cocaína y cocaína pura pueda ser de 1:0,85.

Con los resultados de 2008 entregados, la ONUDD busca proteger el modelo de tolerancia cero y las políticas de fuerza como la prioridad para “manejar” el problema de las drogas ilegales. Igualmente, busca dejar satisfecho al gobierno colombiano, que la presión por las cifras de 2007, las cuales ponían en cuestión la política de fuerza de los gobiernos de Colombia y los Estados Unidos. También se pretende generar un contexto global que afirme que el asunto de la cocaína se está resolviendo (con represión sobre los cultivadores, principalmente) y que ahora el problema son las drogas sintéticas.

## ■ Control de fronteras y tránsito de cocaína

El segundo tema que quiero abordar es el del control de la frontera con Brasil, la parte aérea, y cómo Venezuela resulta, por rebote, el malo de la película.



El mapa del Esquema 1 muestra una tendencia todavía vigente: Colombia mueve la cocaína básicamente por el Pacífico, que es la vía más fuerte de salida de drogas (un 50% sale por ahí). También la mueve por el sector del Caribe, pero buscando siempre la costa atlántica de Centroamérica hasta situarla en México, donde hay acuerdos con los grupos de ese país para que la pongan en la frontera con los Estados Unidos. Colombia ya no se disputa con México los mercados dentro de los Estados Unidos, ese es un cambio importante respecto de lo que sucedía en la década de 1980. Han bajado muchísimo las rutas por la Florida y por la costa este. Se incrementó la salida por Ecuador y también por Argentina y Brasil, incluido Paraguay, que es un punto de conexión con la cocaína colombiana.

En julio de 2009, la Oficina de Cuentas del Congreso estadounidense sacó un informe (GAO, 2009) sobre el tránsito de cocaína por Venezuela, a pedido de un senador, en el que dice que por ese país, en 2007, salieron 260 toneladas de cocaína procedentes principalmente de Colombia, lo que representa el 17% de la cocaína producida ese año. Ahora bien, si comparamos los datos con la información del Departamento de Estado de EE.UU. sobre la producción en Colombia (que se muestra en el Cuadro 3), vemos que las 260 toneladas calculadas por la GAO representan en realidad el 48,6% del potencial productivo de Colombia; es decir que casi la mitad de la cocaína colombiana estaría saliendo por Venezuela, lo que es una afirmación totalmente inconsistente.

### Cuadro 3

#### Cálculos del Departamento de Estado de EE.UU. sobre potencial productivo de cocaína pura en Colombia

2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
sin datos	535	550*	545	430	460	571	839	580	520	435	350

Fuente: International Narcotics Control Strategy Report, 2009.

\* Los informes son inconsistentes; mientras el informe de 2008 habla de 610 toneladas, en 2006, el informe de 2009 establece un potencial de 550 ton.

El Cuadro 4, realizado sobre la base de las incautaciones realizadas, muestra lo que mueve Colombia por el Atlántico y el Pacífico. Este último representa el 87% de lo incautado por vía marítima y el Atlántico el 13%. El 56% de todo lo incautado se hace en vías marítimas. Aquí también se puede constatar la debilidad del tipo de afirmaciones que hizo la GAO y todo el debate que se abrió después del anuncio del tema de las bases estadounidenses en territorio colombiano, que generó una discusión muy complicada sobre la relación droga y seguridad en el contexto andino.

**Cuadro 4****Incautaciones de cocaína en las rutas del Pacífico y el Atlántico, en kilogramos, entre 2002 y 2007**

Ruta	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% incautado
<b>Pacífico</b>	43.435	47.137	46.128	61.042	61.758	61.423	87
<b>Atlántico</b>	16.065	23.157	30.928	35.856	14.150	9.235	13
<b>Total incautaciones marítimas</b>	59.500	70.294	77.056	96.898	75.908	70.658	100
<b>Total incautaciones Colombia</b>	95.278	113.142	149.297	173.265	127.326	126.641	100
<b>% incautaciones en el mar</b>	62	62	52	56	60	55	56

Fuente: Armada Nacional de Colombia, División de Inteligencia.

## ■ Drogas y conflicto armado

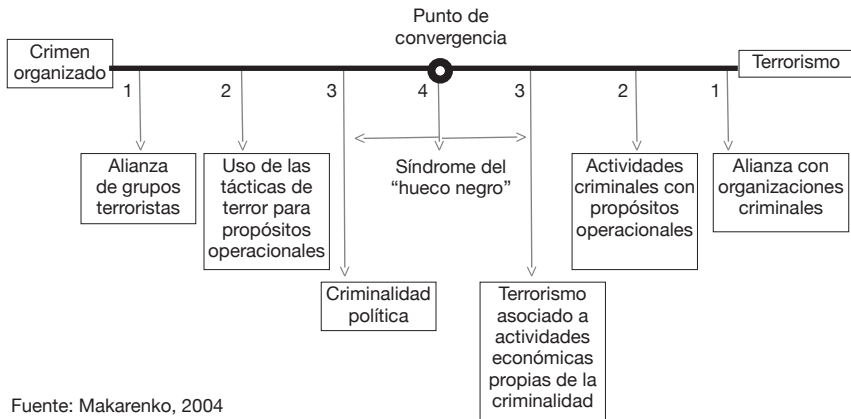
Quiero abordar otro aspecto del problema: ¿qué está pasando con el manejo de la política antidrogas del gobierno colombiano? La política está caracterizada por una promilitarización de la relación drogas y conflicto armado. Se parte de que las drogas son las fuentes de financiación y de potenciamiento de las guerrillas colombianas y, por lo tanto, el grueso de las decisiones están marcadas por esta perspectiva de interpretación. Incluso, las decisiones sobre el desarrollo alternativo a los cultivos de uso ilícito están dominadas por esta visión del problema. Y la justificación reciente del uso de las bases aéreas y marítimas por parte de EE.UU. se entrelaza con el sobredimensionamiento de este diagnóstico.

Pero, en verdad, el problema es mucho más complejo que la explicación simple de que la guerrilla hace uso de la pasta básica para comprar armas. Siguiendo el modelo de Tamara Makarenko, es necesario incluir algunos elementos de perspectiva e interpretación. Esta autora sostiene que hoy la tendencia es que en un mismo plano se mueven, por un lado, el crimen organizado, y por el otro, el terrorismo. Y que en este avance hacen un punto de convergencia en el cual se produce lo que llama síndrome del “hueco negro”, donde hay convergencias y existen acuerdos. Se origina una criminalización de los grupos armados y una politización del crimen organizado (Makarenko, 2004). Esto es parte de la dinámica de los actores involucrados en Colombia.

El otro aspecto a considerar es que el problema no es solamente el narcotráfico. En el caso de la guerra interna colombiana, la presencia paramilitar llevó también a la captura de una gran cantidad de actividades económicas. Entre los paramilitares del Bloque Norte, Bloque Córdoba y Bloque Bananero encontramos acciones como el robo de gasolina –con participación de funcionarios de Ecopetrol y de la Policía– y el cobro de impuestos por protección a diversos sectores: el bananero (acuerdo con Chiquita Brands, Ba-

**Esquema 2**

**Modelo explicativo sobre la criminalización de los fines políticos y de politización del crimen**



naicol, Unibán, Probán, Dole y Del Monte), el sector de transporte de carga (por cada mula que se dirigía a la costa atlántica, principalmente hacia el César y La Guajira), el de transporte de pasajeros (entre otras, empresas como Copetrán y Brasilia por cada pasajero), el sector cafetero (en Sierra Nevada y Serranía de Perijá), a cada estación de gasolina (\$ 20 por galón vendido), a los contrabandistas de gasolina de Venezuela hacia Colombia, al sector carbón principalmente por seguridad en los trayectos de los funcionarios hacia el aeropuerto, al transporte de mercancías desde los puertos de la costa, a empresas madereras y pesqueras, a reforestadoras (entre otras, Monterrey y de La Costa, del grupo Santodomingo que retribuía con obras civiles), a empresas cerveceras y de refrescos (bebidas gaseosas como Postobón) y a los sectores palmicultor y ganadero. También el robo de vehículos y de mercancías que salían por vía terrestre de los puertos de la costa atlántica, el asalto de camiones, la captura de rentas de los municipios y los contratos a través de empresas de fachada, principalmente de los servicios de salud y educación.

Este listado nos muestra el aprovechamiento sobre las actividades económicas de grupos que van mucho más allá que el narcotráfico. Hoy en día, estamos asistiendo a un llamado posconflicto, en el cual se está reconfigurando el perfil paramilitar para tender a una mayor y mejor apropiación de recursos hacia una configuración mafiosa del poder que busca el control de una economía de origen legal e ilegal.

El gobierno, mientras tanto, toma las decisiones antidrogas sobre la base del conflicto armado y divide al país según las ganancias o no ganancias que ha tenido la ofensiva contra la guerrilla, sobre todo con el Plan Colombia y con otros planes que siguieron. En el Cuadro 5 se distinguen zonas en pro-

ceso de recuperación institucional, zonas de desmovilización paramilitar, zonas de fronteras y zonas de retaguardia de los grupos armados; y el tipo de acción varía según con cada una de ellas. No se trata de cuestiones de desarrollo económico o de pobreza, no son los problemas de esta dinámica de colonización. Es cómo va el Estado en relación con la ofensiva armada lo que determina la presencia y combinación de la lucha con desarrollo económico. Es decir, existe una articulación entre lo que son propuestas económicas y las alternativas para consolidar el poder del Estado.

**Cuadro 5**  
**Lugares de intervención y tipo de acción según el tipo de zona**

Clasificación de las zonas	Zonas de intervención de Centros de Coordinación de Acción Integral (CCAI)	Tipo de Acción
<b>En proceso de recuperación institucional</b>	Zonas de ofensiva militar estatal con repliegue de guerrillas (Plan Patriota, PC I): <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Caquetá (Medio y Bajo Caguán)</li> <li>■ Guaviare (área de influencia de la cabecera de San José, El Retorno, Calamar)</li> <li>■ Meta</li> <li>■ Norte del Cauca</li> </ul>	Doctrina de Acción Integral (DAI) DAI más inversión privada
<b>De desmovilización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Medio y Bajo Atrato</li> <li>■ Tierralta</li> <li>■ Catatumbo</li> <li>■ Sierra Nevada</li> <li>■ Caquetá (eje Curillo-Florencia)</li> <li>■ Putumayo (áreas de influencia de cabeceras San Miguel, Valle del Guamuez y Puerto Asís)</li> <li>■ Tumaco</li> </ul>	Programa de Reinserción, principalmente paramilitar, y Programa de Familia Guardabosques
<b>De Frontera</b>	Putumayo (zonas rurales San Miguel, Valle del Guamuez, Puerto Asís hacia la frontera con Ecuador)	Ofensiva militar del Estado, erradicación manual forzosa, aspersiones aéreas
<b>De retaguardia de los grupos armados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Caquetá (Eje del plan Florencia San Vicente del Caguán, región del Yari)</li> <li>■ Zonas rurales del Guaviare (San José, El Retorno, Calamar)</li> <li>■ Meta (Sierra de la Macarena)</li> <li>■ Arauca</li> </ul>	Ofensiva militar del Estado, erradicación manual forzosa, aspersiones aéreas

Es importante entonces identificar a los tres actores centrales entre los que se están produciendo las articulaciones a nivel regional en Colombia. Por un lado, los paramilitares o grupos organizados de control de la fuerza, que son estruc-

turas jerárquicas con un mando definido y con un modelo de fuerza armada por su rol contrainsurgente. Por otro lado, el narcotráfico, cuya estructura organizativa es la de empresa criminal con estructuras en red más que jerárquicas ya que facilitan la capacidad para moverse mejor en el mercado ilegal. Y por último, el poder político, estructurado en redes clientelares que cumplen el papel de articular y garantizar el funcionamiento del sistema político.

En Colombia, el nivel regional está signado por una dinámica de configuración mafiosa en la medida que avanza este proceso de articulación, es decir, una simbiosis entre la privatización del uso de la fuerza, el potenciamiento del narcotráfico y un poder político que le es afín y controla alcaldías y concejales.

Esta situación no es particular de Colombia. Hay un interesante estudio (Arias, 2006) sobre Río de Janeiro, que indica las relaciones entre Estado, sociedad civil y criminalidad. Esto se sintetiza en el Esquema 3.

### Esquema 3

#### Modelo de estructuras de redes del crimen organizado

##### El Estado

- Políticos proveen ayuda y protección a miembros de organizaciones criminales. Inciden en el control de operaciones de la política contra el crimen, e intervienen para limitar acciones judiciales.
- Burócratas gubernamentales suministran algún apoyo a criminales, a través de ayudas para que provean servicios básicos a la comunidad
- Organismos de seguridad venden protección (a organizaciones criminales o capos). Esta protección bien puede darse a través de una relación constante o a través del pago ocasional de rescates para liberar a traficantes detenidos.

##### Grupos de la sociedad civil

- Median en relaciones entre criminales, actores privados y representantes del Estado.
- Negocian con políticos sobre algunos beneficios que ellos proveerán a las comunidades a cambio de votos, en contextos de control de grupos criminales.
- Intentan disminuir las tensiones entre la gente común y corriente y los criminales, a través de la prevención de conflictos que se puedan desatar.



##### Grupos criminales

- Proveen recursos y alguna seguridad a los residentes.
- Venden votos a políticos en áreas controlados por ellos.
- Pagan sobornos a la policía o dan un salario adicional.

Fuente: Arias, 2006.

## ■ Conclusiones

El problema del narcotráfico, tanto en diversas regiones de Colombia como en distintas zonas de América Latina, no obedece a la ausencia del Estado. Se relaciona más con la conformación de un proceso de criminalización del Estado.

La ilegalidad en diversos países, regiones y localidades no está solo relacionada con el narcotráfico, existen múltiples fuentes de enriquecimiento en donde la frontera entre lo legal y lo ilegal se viene borrando. Los escenarios de conflictos armados, como en el caso colombiano, incrementan el riesgo de ese tipo de situaciones, pero no se dan solamente por la existencia de una guerra interna. Es un fenómeno que aparece clarísimo, por ejemplo, en Guatemala.

Los escenarios de conflicto enfrentan una creciente criminalización de los grupos insurgentes y una politización de los grupos criminales. Colombia está cimentando las condiciones para configurar un poder mafioso. Así, por ejemplo, las llamadas “bandas emergentes” son parte de las estrategias para acceder a recursos “legales” e “ilegales” y se relacionan no solo con actores armados del conflicto.

Y, finalmente, el desconocimiento de este tipo de escenarios y la simplificación del problema de las drogas a un marco de relaciones de mercado ilegal –oferta-demanda (o a un problema de financiación del terrorismo)– lleva a que en las políticas prime la criminalización de los usuarios y productores (campesinos, indígenas y colonos), la estigmatización del sector juvenil, entre otros, escenario en el cual se agazapa la responsabilidad política estatal, de las políticas militarizadas para el control social, de la tolerancia a las elites emergentes (que son verdaderas empresas criminales) que crecen en el umbral entre lo legal-ilegal y, en general, de la configuración de una ilegalidad global en redes.

■  
Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

## Referencias

- Arias, Enrique Desmond (2006): *Drugs & Democracy in Rio de Janeiro*. Chapel Hill: University of North Carolina.
- Government Accountability Office (2005): *Agencies Need to Plan for Likely Declines in Drug Interdiction Assets, and Develop Better Performance Measures for Transit Zone Operations*. Informe 06-200.
- Government Accountability Office (2009): *Drug Control U.S. Counternarcotics Cooperation with Venezuela Has Declined*. Informe 09-806.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009): *Informe mundial sobre drogas*. Nueva York: ONU.
- Makarenko, Tamara (2004): “The Crime-Terror Continuum: Tracing the Interplay between Transnational Organised Crime and Terrorism”, en *Global Crime*, vol. 6, i. 1, 129-145.
- United States Department of State (2009): *International Narcotics Control Strategy Report*.

# ERRADICACIÓN DE COCA Y POLÍTICAS DE DROGAS EN EL PERÚ: ANATOMÍA DE UN FRACASO ANUNCIADO

**Hugo Cabieses**

Economista. Investigador del Centro de Investigación sobre Drogas y Derechos Humanos, en Lima (Perú), y coordinador del Programa DRIS/ZA-MANU (Desarrollo Rural Sustentable/Zona de Amortiguamiento de la Reserva de Biosfera del Manú) en Cusco y Madre de Dios (Perú).

## Tendencias

Comenzaré señalando lo que considero son dos tendencias generales en relación con la “guerra contra las drogas” y las políticas actualmente existentes. La primera es que las políticas de drogas del gobierno de los Estados Unidos y los organismos internacionales que las promueven e impulsan, no han cambiado en los últimos años en por lo menos en cuatro temas:

- 1** Se continúa con un enfoque de “seguridad nacional” que corresponde a una “guerra contra las drogas”.
- 2** Se insiste en una estrategia “ofertista” para encarar el problema, suponiendo que al disminuir la oferta disminuye la demanda de drogas.
- 3** Persiste una concepción y práctica prohibicionista del consumo y la producción.
- 4** Se insiste en una política de satanización contra los que plantean alternativas, como la legalización de las drogas o la reducción de daños.

La segunda tendencia es que las políticas de drogas impulsadas han seguido fracasando, lo que se expresa en por lo menos tres constataciones:



- 1 El consumo mundial de drogas se ha expandido y crecido.
- 2 El cultivo y la producción de coca, amapola, marihuana y sus derivados se han incrementado.
- 3 El tráfico ilícito de drogas se ha incrementado exponencialmente y se ha descartelizado, dispersado, mimetizado y “verticalizado”.

### ■ Ejes de los debates sobre drogas

En este contexto, el debate sobre las políticas de drogas se desarrolla y divide en por lo menos tres sectores, explicados gráficamente como sigue.

1 **Los halcones.** Son los gobiernos, instituciones y personas que impulsan la “guerra contra las drogas”; consideran que se trata de un tema de seguridad nacional y que el consumo es controlable y externo a sus propias sociedades. Mantienen una concepción “ofertista”, ya que el problema se encontraría en la oferta de drogas y piensan que la temática debe encararse con una perspectiva militar-policial. En resumen, **palo sin zanahoria.**

2 **Las palomas.** Plantean que la producción es un problema socioeconómico y cultural, y que el tráfico ilícito de drogas es consecuencia de la demanda. Tienen una perspectiva “demandista”. Sostienen que el consumo es un problema sociocultural que hay que encarar con perspectiva médico-sanitaria. En resumen, **zanahoria y prevención.** En este sector existen dos posiciones: una que plantea una estrategia de reducción de daños y otra que busca impulsar la legalización del consumo de drogas. Me ubico claramente en el sector de reducción de daños.

3 **Los búhos.** Para este sector, la estrategia debe ser penal-policial y la producción, el tráfico y el consumo de drogas debe encararse con la aplicación de la ley. Sustentan que mientras mejores leyes haya y existan formas de aplicarlas, mucho mejor se combatirá el fenómeno, ya que se trata de un problema policial. En esta concepción, la oferta y la demanda deben ser atacadas de manera simultánea y para ello son necesarias más leyes y más cárceles. Quizás no están de acuerdo con la militarización, pero se trata de los policías y jueces oportunos –u oportunistas–, que miran de noche y no están con Dios ni con el Diabolo. En resumen, **aplicación de la ley sin zanahoria.**

### ■ Narcotización terrorífica = control regional

En la región andino-amazónica, el Plan Colombia, el Plan Dignidad en Bolivia –hasta 2005– y el plan implementado en el Perú –al que no le quisieron poner

ningún sobrenombre– constituyen planes que no corresponden a un solo país, sino que se trata de una estrategia estadounidense para la región. Se trata de una estrategia “narcotizada”, es decir, bajo el pretexto de la lucha contra las drogas se impulsa la militarización a nivel fronterizo y al interior de cada uno de los países.

Desde el 11 de septiembre de 2001, esta estrategia se ha “terrorificado”: todo aquel que está metido en este campo, el del cultivo, tráfico y consumo de drogas, es un terrorista. Esta estrategia “narcotizada” y “terrorificada” ha tenido y tiene impactos económicos, sociales, políticos, ecológicos y sobre los recursos naturales:

- Destruye economías locales, al promover monocultivos de exportación en reemplazo de los “cultivos ilícitos”.
- Destroza tejido social al promover la violencia, apresar dirigentes y la eliminación física de líderes locales.
- Restringe espacios democráticos en cada uno de nuestros países.
- Con las acciones de erradicación y fumigación de cultivos se acelera la deforestación de los bosques, lo que provoca efectos ambientales graves en las zonas rurales.

### ■ Efectos de la erradicación-fumigación

¿Qué efectos ha tenido la estrategia de erradicación-fumigación? Existen tres efectos, diferenciados de acuerdo con los años y países.

**1 Efecto globo.** Es el más conocido: se pone el dedo en una parte del globo aplastándolo y se infla por otro lado. La evidencia muestra que en Bolivia, de 1991 a 1994, hubo “traslado”<sup>1</sup> de cultivos desde el Chapare hasta el Beni, y de 1997 a 2002, del Chapare hacia las Yungas. Lo mismo se comprueba en Colombia, con el traslado de la producción entre 1994 y 2000 del Guaviare hacia Putumayo, y a partir de 2000 hacia las fronteras con Venezuela y Brasil. En Perú, entre el 1985 y 1990 se trasladaron los cultivos desde el Alto Huallaga hasta el Valle de los Ríos Apurímac y Ene, y entre 1993 y 1998 hacia la frontera con Colombia y Bolivia.

**2 Efecto mercurio.** Si vertemos en una mesa una gota de mercurio, se dispersa. Lo que se evidencia con la erradicación-fumigación es un proceso de dispersión de los cultivos hacia cuencas y microcuencas en parcelas más pe-

<sup>1</sup> No es propiamente “traslado”, sino aparición de cultivos en zonas en las que antes no existían.

queñas y muchas veces en áreas naturales protegidas. Esto sucede, entre otras razones, porque los agricultores no son tontos y cuando vienen a erradicarlos o fumigarlos se trasladan a otro lado y eligen pequeñas cuencas donde ubicar sus cultivos. En Bolivia se pasó de 2 a 7 cuencas entre 1997 y 2002. Colombia pasó de 10 a 23 departamentos de cultivo de coca entre 1990 y 2004. Perú pasó de 9 a 19 cuencas entre 1999 y 2002. La dispersión convierte a los cultivos en un “blanco” móvil, lo que vuelve más complicada cualquier política que se impulse.

**3 Efecto membrana.** Los biólogos saben que las membranas son más poderosas en los bordes. Es decir, en la frontera. Se trata de un efecto de “fronterización”, el traslado de los cultivos hacia las fronteras. Como las políticas son nacionales y no coordinadas entre los países, es más difícil que las fuerzas policiales o militares se pasen al otro lado de la frontera, a erradicar o a fumigar. De Bolivia hacia Brasil y Perú entre 1997 y 2002. Del Perú hacia Bolivia, Brasil y Colombia entre 1996 y 2004. Desde Colombia hacia Brasil, Panamá, Perú y Venezuela entre 1994 y 2004.

En el Esquema 1 se observa con claridad el fracaso de las políticas de erradicación y fumigación: en 1992 había entre Perú, Bolivia y Colombia 211.500 hectáreas sembradas; en 2004 había 211.000. Es decir, prácticamente lo mismo. La tendencia hacia 2009 no ha cambiado: se han erradicado y fumigado más de 1,5 millones de hectáreas en los tres países y los cultivos de coca siguen siendo alrededor de 200.000 hectáreas al año. Con un agravante: la productividad por hectárea de hoja de coca y de clorhidrato de cocaína se ha incrementado.

## Consecuencias de la interdicción

Por otro lado, el proceso de implementación de la “guerra contra las drogas” o la interdicción de drogas ha tenido cuatro efectos claramente identificables:

**1 Descartelización.** Se observa una dispersión del “negocio”<sup>2</sup> en decenas de minicárteles, firmas y bandas dedicadas al “narcotráfico”. En el caso de Perú, de 1996 a 2000, se pasó de 5 firmas a 35 bandas, no tan importantes ni tan grandes, pero su número aumentó considerablemente. En Colombia, entre 1992 y 1999, de dos cárteles (Medellín y Cali) se pasó a 242 minicárteles. En Bolivia, entre 1997 y 2002, de dos grupos (Barbaschocas en La Paz y Trompebuque en Santa Cruz) a 40 grupos.

<sup>2</sup> El de las drogas es el principal negocio internacional, después de la venta de armas y la comercialización de petróleo y gas.

**Esquema 1**

**Efectos de la erradicación-fumigación entre 1992 y 2004  
(superficies en hectáreas)**

**Colombia**

1992: 37.100  
2001: 144.800  
2004: 80.000  
**2004: 115.000\***

**Perú**

1992: 129.100  
2001: 46.200  
2004: 50.300  
**2004: 60.000\***

**Membrana:**  
hacia  
las fronteras

**Globo:** "traslado"  
de un país a otro

**Mercurio:**  
dispersión en cuencas

**Perú, Bolivia y Colombia**

1992: 211.500  
2001: 210.900  
2004: 158.000  
**2004: 211.000\***

**Bolivia**

1992: 45.300  
2001: 19.900  
2004: 27.700  
**2004 35.000\***

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito.  
Elaboración: Nicolás Cabieses, junio de 2005.  
\* Estimación propia.

**2 Diversificación de productos y mercados.** Se observa actualmente una diversificación productiva, tanto de productos como de mercados. En productos se cultiva coca, amapola y marihuana, además de producirse drogas sintéticas. En relación con los mercados, las drogas se destinan a Europa occidental y oriental, Estados Unidos, África, Asia, América Latina y el Caribe; casi todo el planeta.

**3 Verticalización.** Se ha producido una integración vertical que articula toda la cadena productiva. En Perú, entre 1996 y 2000, se pasó del cultivo de la hoja de coca y la elaboración de la pasta básica de cocaína lavada para trasladarla en avionetas a Colombia, a producir directamente clorhidrato de cocaína. En Bolivia, entre 1997 y 2002, se pasó de producir hoja de coca y pasta bruta, a pasta de cocaína lavada primero y clorhidrato luego. En el caso de Colombia casi no se producía hoja de coca, pero este cultivo empieza a crecer a fines de las décadas de 1980 y principios de la siguiente, junto con la producción de amapola y la fabricación de heroína para ser exportada a los Estados Unidos y otros mercados.

**4 Mimetización.** Ya no son los traficantes que tienen cadenas de oro o automóviles último modelo. Ahora son *yuppies* muy bien formados, incluso políglotas y que están mimetizados entre personas comunes, muchas veces cooptando organismos de seguridad, invisibles entre otros elementos de la sociedad de cada uno de nuestros países.

## ■ Coca compleja

Hay un tema que siempre me ha gustado exponer y es el de las complejidades de la hoja de coca. Esta reflexión no es solo propia, sino producto de otras, realizadas con compañeros y compañeras de Bolivia, Perú y Colombia agrupados alrededor del Consejo Andino de Productores de Hoja de Coca, cuyo presidente, antes de ser presidente de Bolivia, era Evo Morales. En la hoja de coca y su entorno sociocultural, económico y político existen, básicamente, tres dicotomías, cuatro caracteres, varias diferenciaciones y algunas dimensiones que queremos resaltar para el caso del Perú (véase Esquema 2).

## ■ Dicotomías de la coca

Algunos temas referidos a la planta de coca se plantean como diferencias que deben ser tenidas en cuenta.

**1 Coca no es cocaína.** La coca no es lo mismo que la cocaína, aunque sí la contiene. El “mate de coca” en bolsitas filtrantes contiene cocaína y la ingerimos al tomar una infusión, pero no es lo mismo que la sustancia derivada, el clorhidrato de cocaína, obtenido mediante procedimientos químicos en base a la hoja de coca. A los andino-amazónicos en 4 o 5 mil años de historia verde de la coca, no se les ocurrió aislar la blanca cocaína. Para conocer algo, el pensamiento occidental requiere dividir los componentes del todo, pero para los andino-amazónicos hacer esto no es normal. Lo normal es considerar la hoja de coca como un todo. La cocaína fue aislada por primera vez a mediados del siglo XIX por el químico austríaco-alemán Albert Niemann en la Universidad de Göttingen. Al principio la cocaína fue aceptada e incluso alentada por los médicos y las empresas farmacéuticas como panacea para curar de todo, pero luego fue satanizada –hasta nuestros días– por los organismos internacionales y los gobiernos de turno debido a prejuicios antiétnicos, anticampesinos y psiquiátricos; esto desató una guerra feroz contra la cocaína y la misma hoja de coca.

**2 Cocalero no es delincuente.** El agricultor y productor de coca, llamado “cocalero” por los medios, no es un delincuente o “narcotraficante”. Se trata de un productor campesino agropecuario, generalmente colono de la sierra que se trasladó a la selva, muy pobre y con pocas alternativas de ingresos, que tiene

una planta más en su parcela agrícola –la coca–, y la cultiva desde hace muchos años. Este productor y cultivador de coca es un ciudadano como cualquiera de nosotros, un ser humano con su familia que, además de trabajar para hacer producir la tierra con sus plantas y animales, es también consumidor de hoja de coca. No es un delincuente y lo que busca, con sus movilizaciones y protestas, es ser incluido como persona con derechos y deberes, aunque sabe que una parte de la producción de coca se va como materia prima para las pozas de maceración y los laboratorios clandestinos de cocaína.

**3 Coquero, no drogodependiente.** El consumidor de coca, el que “pijcha” como en el Perú, el que “acullica” como en Bolivia, el que la “chajcha” como en el norte de Argentina o el que la “mambea” como en Colombia, no es un drogodependiente o un toxicómano. El coquero no siente síndrome de abstinencia cuando deja de coquear. Está demostrado científicamente que no existe la adicción a la hoja de coca, sino que simplemente se trata de un hábito benigno que se puede dejar o tomar cuando se quiere, principalmente en zonas de altura, aunque no solo allí. El coquero pues no es un toxicómano, como lo calificaron los informes de la Organización Mundial de la Salud en la década de 1950, calificación anticientífica recogida por la Convención Única de Estupefacientes de 1961, que encerró a la planta de la coca, la apresó como droga maligna sujeta a alta fiscalización en la Lista 1 de Estupefacientes de la Organización de la ONU.

### ■ Características de la coca

La problemática de la hoja de coca es compleja y abarca distintos aspectos sociales.

**1 Bien cultural.** La principal característica de la hoja de coca es que se trata de un bien cultural, de una planta que constituye un cohesivo social importante y sirve para las faenas comunales. El consumo de esta hoja es parte de las buenas costumbres del mundo campesino andino-amazónico. En el mundo occidental, cuando uno llega de visita dice “no hay cariño en esta casa” y lo primero que hacen es ponerle en la mano un vaso de cerveza, vino o *whisky*. El cariño en la casa campesina es que a uno lo invitan hojas de coca, recibidas con las manos juntas, porque es parte de las buenas costumbres; es un cohesivo social extraordinario que facilita las relaciones entre las personas. Además, es parte consustancial de las faenas comunales del mundo solidario y de reciprocidad andino-amazónico, sin contar su uso ceremonial y mítico religioso cuando se ofrece a la Madre Tierra, la Pachamama, o cuando sirve como intermediaria en las adivinaciones.

**2 Caja chica campesina.** La hoja de coca es la “caja chica” de la familia campesina y, aparte de constituir una proporción del gasto que tienen estas fa-

milias, también es usada para la inversión y el pago de jornales, fertilizantes, semillas y herramientas. La coca le permite al campesino sembrar café, cacao, palma aceitera, maíz, arroz o frutas, cambiarla por animales menores o ganadería. La educación de los niños y los jóvenes, la compra de sus lápices, cuadernos y libros, las medicinas adquiridas en la farmacia, las herramientas y materiales para construir sus casas, generalmente son proporcionadas por la coca. La planta de la coca es prácticamente la única que tiene 3 a 4 cosechas al año y, por lo tanto, constituye un ingreso monetario regular o una fuente de trueque por otros productos que tiene la unidad familiar campesina.

**3 Materia prima industrial.** La hoja de coca es materia prima para su industrialización benéfica. La cocaína es su derivado más conocido por su uso terapéutico, como anestésico local irremplazable en intervenciones quirúrgicas dolorosas en la laringe, los ojos o el cuello del útero. También es el mal llamado “mate de coca” o infusión caliente o fría de hojitas de coca que toman millones de personas en los Andes para combatir el mal de altura o “so-rojche”. No hay turista que vaya al Cusco para subir a Machu Picchu o que visite el lago Titicaca, en Puno, que deje de tomar su mate de coca.

Pero el producto industrial benéfico de la coca más conocido en occidente es la *Coca Cola*<sup>3</sup> que ha invadido el mundo y cuyo extracto –la famosa fórmula 7x, que era secreta hasta hace unos años–, se fabrica en base a hojas de coca importada de Bolivia y el Perú. Más de 400 toneladas al año de verde coca son importadas por la Stephan Chemical de New Jersey, que extrae la cocaína y el extracto restante lo envía a Atlanta para producir la fórmula 7x y repartirla por el mundo a las embotelladoras de “la chispa de la vida”. A decir verdad, no sabemos bien todavía si la *Coca Cola* es veneno, droga o las dos cosas, ya que sirve para aplacar la sed, pero dicen que también sirve para desatorar inodoros, darle vuelta a tornillos oxidados, limpiar tubos de desagües, remover suciedad en los radiadores de automóviles o sacarle brillo a las monedas. Imaginemos lo que puede hacer la *Coca Cola* en nuestro estómago. En todo caso, es la bebida más conocida internacionalmente, e incluso llegó a la luna.

Pero también se fabrican bolsitas filtrantes para infusiones de coca combinada con otras plantas aromáticas y medicinales, como menta, hierba luisa, anís, boldo, uña de gato y otras presentaciones. En Perú, estos productos son fabricados por la Empresa Nacional de la Coca (ENACO SA), la misma que requiere de un psiquiatra como gerente para tratar su grave esquizofrenia, ya que es a la vez estatal y privada. Es un monopolio y produce en un país en el que constitucionalmente estos productos están prohibidos; compra a precios

<sup>3</sup> Está demostrado científicamente que la *Coca Cola* no es benéfica, sino perjudicial a la salud humana y no por el contenido de hoja de coca, que es muy reducido, sino por el exceso de cafeína y azúcar que contiene.

miserables a campesinos pobres para venderla a precios altísimos a campesinos más pobres y debe sobrevivir con la compra y venta de un producto al que debe combatir. Existen otras empresas que han comenzado a producir una bebida en base a hoja de coca. Una es la catalana Kokka Royal Food & Drink, con sede en Barcelona y sucursal en Lima, que está fabricando una bebida llamada *K-Drink*, con infusión de hoja de coca y limón. La otra se llama *Vortex* (o *Coca Energy Drink*), producida desde 2001 por la empresa peruana Amadeus Corporation SAC. Se trata de una especie de *Gatorade*, pero con coca descocainizada –como la *Coca Cola*–, es un energético y reconstituyente para jóvenes, o para viejos que hacemos ejercicio.<sup>4</sup> Ninguna de las dos tiene en su marca registrada el distintivo “coca” y ello es así porque está patentado por la Coca Cola. Es más, en la Convención de 1961 hay un artículo, el 27, que aunque no menciona específicamente a Coca Cola, es obvio que fue producto del trabajo de lobby que la empresa hizo durante los debates sobre la coca cuando se formuló la Convención. Este artículo establece que se puede elaborar un agente saporífero en base a hoja de coca “que no contenga ningún alcaloide y, en la medida necesaria para dicho uso, autorizar la producción, importación, exportación, el comercio y la posesión de dichas hojas”.

**4 Coca para drogas.** La cuarta característica es que se trata de una materia prima para la producción de la pasta básica y del clorhidrato de cocaína, para su uso ilegal y para el tráfico con estos fines. Esta característica es la más conocida y satanizada actualmente. Quienes trabajamos con los agricultores, los coqueros, los productores y consumidores de la hoja de coca, por lo menos en Perú y Bolivia, hemos aprendido que lo que ellos tratan de hacer es afirmar los tres primeros caracteres de la hoja de coca, frente al cuarto tan propagandizado y satanizado.

Los agricultores de hoja de coca no son ni quieren hacerse los ingenuos, puesto que saben perfectamente que parte importante de su producción de coca va a la poza de maceración para producir pasta y a los laboratorios de cocaína, pero preferirían que eso no sucediera y afirman las tres primeras características de la coca: bien cultural y cohesivo social, caja chica campesina y materia prima para la industrialización benéfica.

La problemática de la hoja de coca es sumamente compleja y las políticas oficiales, tanto de nuestro gobierno como el de Estados Unidos o los gobiernos europeos, reducen su entendimiento a que coca es igual a cocaína. El problema fundamental es que alimenta al llamado “narcotráfico” y, a partir de ahí, comienzan a impulsar sus políticas y estrategias de guerra contra las drogas.

<sup>4</sup> Recientemente, una empresa de Arequipa, la Sam Andeans Corporation, comenzó a producir el pisco puro *Coca Leaf*. Se trata de un excelente licor de uva peruano con harina de coca y sirve para tomar solo o para elaborar un buen “coca sauer”.



## ■ Diferenciaciones de la coca

El doctor Fernando Cabieses, sabio peruano fallecido en enero de 2009, sostiene que “de la coca se sabe poco y los que dicen que saben, no saben que no saben o no son lo suficientemente honestos como para reconocerlo”.<sup>5</sup> Entre estos desconocimientos y complejidades están también las **diferenciaciones** de la hoja de coca.

**1 Por zonas de cultivo.** No es lo mismo la producción de la selva del Cusco o Puno, en las que desde hace cientos de años se produce la mayor cantidad de coca para el consumo “pijchado” y usos rituales (zona tradicional), que la del Alto Huallaga, el río Aguaytía y los afluentes del Ucayali, que comenzó con el boom del consumo de cocaína (zona reciente). Pero hay cuencas en el país que cultivaban coca antes de esto (zona antigua): una parte de esta producción se destina a usos legales y otra se orienta a la poza de maceración y el laboratorio clandestino, como en el río Apurímac y el valle del Monzón.

Además, desde hace 4 o 5 años comenzaron a surgir cultivos de coca en la zona fronteriza de Perú con Colombia, entre los ríos Napo y Putumayo, con Brasil, en Yavarí y Alto Purús, y con Bolivia, en Madre de Dios. Allí han aparecido cultivos de la variedad *Erytroxylum* (Coca-Ipadú), una planta muy alta, con nutrido follaje y bajo contenido de cocaína, adecuada para cultivar en zonas bajas de la selva amazónica. En general, la coca no se cultiva en estas zonas sino más bien entre 500 y 1.800 metros a nivel de mar, pero los “narcobiólogos” han conseguido una variedad con un mayor contenido de cocaína.

**2 Por destino de mercado.** En cuanto al comercio, es importante precisar que no existen dos mercados para la coca, uno legal y otro ilegal, como dicen los propugnadores de la guerra contra las drogas, sino que por lo menos existen cuatro mercados. El legal que es en el que se compra y comercializa coca a través de la ENACO o de empresas privadas, y cuyo origen y destino es legal (se compra a campesinos empadronados legalmente y se vende a comerciantes también empadronados, quienes distribuyen la coca entre los consumidores en costa, sierra y selva). El mercado semilegal es el del contrabando o “tranqueras”, son comerciantes que compran la coca directamente a los campesinos y la comercializan para el consumo legal por parte de los con-

<sup>5</sup> Fallecido el 13 de enero del 2009, Fernando –hermano de mi padre– era neurólogo y neurocirujano, etnofarmacólogo y etnobotánico, antropólogo e historiador, fundador del Museo de la Nación, rector de la Universidad Científica del Sur, amigo y alumno de chamanes y yerberos, autor de decenas de libros científicos, entre los que se cuenta *La salud y los dioses, la medicina en el antiguo Perú* (Universidad Científica del Sur, 2007), su obra póstuma. Junto con el sabio Dr. Carlos Monje Casinelli, defendió el uso tradicional de la hoja de coca y luchó contra su errada ubicación en la Lista 1 de Estupefacientes de la ONU. Ello fue entre 1946 y 1961, pero escribió en defensa de la coca y sus consumidores tradicionales durante toda su vida.

sumidores. También existe un mercado de “uso legal”, de trueque de coca por faenas comunales, por jornales en las parcelas agrícolas o por productos de otros pisos ecológicos como papa, olluco, carne de carnero o productos industriales como sal, aceite, velas, fideos, pilas o fósforos. Y, finalmente está el mercado ilegal, para los comerciantes, de la coca destinada a la poza de maceración.

El tema es mucho más complejo que lo que oficialmente pontifica el gobierno de Estados Unidos, que llega a cuestionar incluso a la ENACO, ya que considera que no debe fomentar el consumo de coca y debe ser una empresa transitoria hasta que el consumo tradicional desaparezca. Sin embargo, no hay como equivocarse físicamente respecto a la hoja de coca. La que va a la poza de maceración es sucia, no interesa al consumidor y no es selecta: la que va a la boca de los consumidores tradicionales es la coca semiseca, selecta y sin impurezas, generalmente con precios más altos por ser de contrabando.

**3 Por precios.** Existe una tercera diferenciación, la de los precios. No es cierto, por lo menos en el Perú, que en todas las zonas y momentos el narcotráfico paga más altos precios. Así, por ejemplo, en Tingo María, el precio hacia 2007 por arroba (es decir, 11,5 kg) que pagaba la ENACO a los productores es de entre 50 y 60 soles, o sea entre 1,3 y 1,5 dólares por kilogramo. Pero el precio que pagaba el contrabandista para venta legal era de 100 a 120 soles (2,6 a 3,1 dólares por kilogramo) y el que pagaba el “narcocomerciante” para la poza de maceración era de 80 a 90 soles (2 a 2,3 dólares por kilogramo). En el valle de los ríos Apurímac y Ene los precios eran aproximadamente iguales con respecto a los de la ENACO, pero el precio que pagaban los contrabandistas para uso legal era al revés que en Tingo María, ya que pagaban más los “narcocomerciantes”: 3,5 contra 1,5 dólares por kilogramo. Últimamente, en el valle del Monzón, río afluente del Alto Huallaga que desemboca al lado de Tingo María, estos precios llegaban hasta 4 y 5 dólares por kilogramo.

### ■ Dimensiones de la coca

Otra complejidad de la hoja de coca son las posibles dimensiones que tiene.

**1 Cultivadores.** En cuanto a los productores, a nivel nacional no son más de 50 mil. De estos, aproximadamente 12 mil le venden su coca a la ENACO y están empadronados y 24 mil la venden al contrabando de uso legal. Los que la venden para el tráfico ilícito de drogas son aproximadamente 14 mil agricultores.

**2 Extensiones.** Aunque las cifras de cultivos son cuestionables y cuestionadas, existen actualmente en el Perú alrededor de 12 mil hectáreas legales y empadronadas en ENACO, entre 19 y 53 mil hectáreas ilegales, destinadas

al narcotráfico, y no menos de 60 mil hectáreas en abandono que pueden ser recuperadas por el incentivo del aumento de los precios.

**3 CANTIDADES PRODUCIDAS.** Alrededor de 3 mil toneladas al año son acopiadas por la ENACO, 6 mil por el contrabando con destino legal y entre 19 y 53 mil son destinadas para el tráfico ilegal de drogas. Con esto se puede producir entre 75 y 210 toneladas de clorhidrato de cocaína para exportación.

**4 CONSUMIDORES.** El consumo interno de cocaína es reducido y probablemente no llegue a una tonelada al año. En cuanto al consumo tradicional, en el Perú tenemos tres millones de “pijchadores” de coca y alrededor de un millón más que la consumen en infusiones u otros usos benéficos, tal como estableció en 2003 la encuesta nacional que ha realizado el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática por encargo de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Asimismo, hay alrededor de 40 mil consumidores regulares de pasta básica de cocaína y 35 mil de clorhidrato a razón de 1 a 3 dosis semanales.

### ■ El “éxito” del fracaso

Quisiera señalar que el “éxito” de la guerra contra las drogas con relación a los objetivos que buscaba es el control de los recursos naturales de la región andino-amazónica, no la disminución de los cultivos, o el control de los “narcotraficantes”. ¿Qué recursos naturales hay en esta región?:

■ El 25% a 30% del agua dulce del mundo se produce en la Amazonia, recurso natural escaso sobre el que se debatirán las próximas batallas del planeta.

■ La región del Putumayo, donde se concentra una gran parte de las acciones del Plan Colombia, es nada menos que la segunda reserva del hemisferio en gas y petróleo, luego de Venezuela, y la tercera después del descubrimiento petrolero de hace algunos meses en la costa brasilera.

■ La región es rica en minerales, oro y diversas piedras preciosas. Además, alberga riqueza de flora y fauna, maderas, plantas promisorias para usos actuales y potenciales para la industria farmacéutica.

■ Por el oxígeno que produce es considerada el **pulmón del mundo**, pero también es el **riñón del mundo**, ya que consume carbono (CO<sup>2</sup>, principalmente) de la atmósfera, lo que ayuda a mermar las consecuencias del calentamiento global por gases del efecto invernadero.

■ Hospeda un conjunto de culturas que conocen los principios activos de plantas y animales para curar distintas enfermedades y combatir plagas.

### Esquema 2

#### Resumen de las diferentes complejidades de la coca

##### Dicotomías

- 1 La coca no es cocaína pero sí la contiene.
- 2 El productor de coca no es delincuente.
- 3 El coquero no es drogodependiente.

##### Caracteres

- 1 Es un bien cultural, es cohesivo social y sirve para las faenas comunales.
- 2 Es la caja chica campesina.
- 3 Es materia prima para la industrialización benéfica.
- 4 Es materia prima para pasta base de cocaína y para clorhidrato de cocaína.

##### Diferenciaciones

- |                   |  |
|-------------------|--|
| <b>1 Zonas</b>    | Tradicional: Cusco, Puno y Trujillo.<br>Antigua: Purímac, y Monzón.<br>Reciente: A. Huallaga y Aguaytía.<br>Fronteriza: Putumayo, Yavarí, A Purús y M de Dios.<br>Legal: ENACO.              |
| <b>2 Comercio</b> | Informal de uso legal: contrabando y trueque.<br>Informal de uso ilícito: pozas de maceración y tráfico.   |
| <b>3 Usos</b>     | Tradicional: pijcheo y ritual.<br>Social: faenas comunales y viajes.<br>Industrial lícito: mates y otros.<br>Industrial de uso ilícito: pasta base de cocaína y para clorhidrato de cocaína. |

##### Dimensiones

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>1 Productores</b>  | 12 mil venden a ENACO, 24 mil al contrabando y 14 mil al tráfico ilegal de drogas.  |
| <b>2 Cultivo</b>      | 12 mil has legales, 19 a 53 mil has ilegales, 60 mil has en abandono recuperables por precio  |
| <b>3 Comercio</b>     | 3 mil toneladas a ENACO, 6 mil al contrabando y trueque, 19 a 53 mil al tráfico ilegal, 75 a 210 para exportación y w1 tonelada para consumo interno. |
| <b>4 Consumidores</b> | 3 millones de pijchadores e usuarios de infusiones, 40 mil consumidores regulares de pasta base de cocaína y 35 mil de clorhidrato de cocaína.        |

Frente a todas estas riquezas y potencial geoestratégico, el gobierno de los Estados Unidos busca el control policial-militar de territorios y personas a través de bases, asesores y despliegues radáricos. Obviamente, la “guerra a las drogas” es absolutamente funcional a esos intereses.

## ■ El fiasco del “desarrollo alternativo”

En esta compleja realidad, el llamado “desarrollo alternativo” –que muchos sostenemos que no es desarrollo y tampoco alternativo– ha tenido más fracasos que éxitos, sin que hasta ahora se haya realizado una evaluación seria e independiente al respecto. Sin embargo:

- No se ha reducido la pobreza rural.
- El desarrollo integral sustentable está pendiente.
- La migración hacia la selva continúa.
- Ha continuado la tumba y quema de bosques para cultivos de coca y para productos de “desarrollo alternativo”.
- Los cultivos de coca con fines ilícitos se han dispersado convirtiéndose en un “blanco móvil”.

Durante la década de 1990, tres enfoques de desarrollo alternativo entraron en competencia e impidieron el avance en políticas comunes en la región andina:

- 1 En la primera mitad de la década, Perú tuvo “desarrollo alternativo” sin erradicación forzosa, con campesinos como interlocutores válidos.
- 2 En Bolivia, hasta 1998, y en Perú, desde 1996, se aplicaron acciones de erradicación manual compensada y/o forzosa con “desarrollo alternativo”.
- 3 En Colombia, desde esa década, aplicó la erradicación y fumigación intensa de cultivos como condición para el “desarrollo alternativo”.

Para hacer un balance del “desarrollo alternativo”, me enfocaré en la situación de Perú, donde en la presente década se han iniciado acciones que llaman “desarrollo integral participativo como alternativa”, con autorreducción gradual y concertada de cultivos. Frente a los problemas derivados de una estrategia de desarrollo mal encaminada, se hacía necesario plantear una estrategia que llamamos de “abajo y adentro” dirigentes de abajo con autoridades de adentro. El planteo es que el tema de la coca y los agricultores coca-leros es en primer lugar **humano**, luego **político** y finalmente **técnico**:

- Por una propuesta humana se entiende, ante todo, el **respeto**. Es decir, la afirmación de sus derechos y el reconocimiento de su condición de ciudadanos.

■ Es una propuesta **política** porque hay una cuestión de soberanía que atraviesa el tema. Es necesario construir una política de Estado sobre drogas y coca, y no repetir la política del gobierno de los Estados Unidos.

■ Por último, es un tema **técnico** porque existen propuestas que vienen de abajo y adentro, tanto generales como específicas: desde “desnarcotizar” las relaciones con el gobierno de Estados Unidos –priorizando el comercio y la inversión y diversificándose hacia Brasil, el Mercosur, la CAN,<sup>6</sup> Europa, Canadá y Japón–, hasta evaluar propuestas de productos posibles de ser cultivados, como cafés especiales, cacao –crudo y en pasta sin desgrasar–, hilados de algodón nativo, etanol de caña, cúrcuma, macadamia, maracuyá, achiote-bixina o barbasco-rotenona.

### ■ Alternativa a tres bandas

Sostengo que debemos discutir y rechazar la fracasada “guerra contra las drogas” basada en el concepto de seguridad nacional que impone el gobierno de los EE.UU. y el prohibicionismo fundamentalista contenido en las convenciones internacionales de la ONU suscritas por los países y copiado en sus legislaciones nacionales.

Tanto la guerra como el prohibicionismo se basan en un concepto “ofer-tista”, es decir que el problema de las drogas “es externo”, viene “de afuera”, no es parte de “lo interno”. La estrategia de control de la oferta busca tres objetivos:

- 1 Que los precios de las drogas en la calle sean cada vez más altos para afectar el bolsillo de los consumidores y así disminuir el consumo.
- 2 Que la calidad o pureza de las drogas en la calle sea cada vez peor a fin de afectar la salud de los consumidores e inhibir su consumo.
- 3 Que al circular menos drogas y eliminarse microcomercializadores y dealers, la seguridad ciudadana mejorará.

En esta concepción, lo interno, es decir la demanda, las causas internas, brillan por su ausencia. Como el problema sería de oferta y no de demanda, la estrategia internacional promovida por los gobiernos de los EE.UU., incluyendo el de Obama, sus socios en esta guerra –casi todos los países del mundo– y los organismos internacionales que controla, básicamente la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, la Comisión Interamericana-

<sup>6</sup> Organización regional económica y política constituida por Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

na para el Control del Abuso de Drogas y los organismos especializados en otras regiones, está basada en tres políticas:

- 1 Prohibir el consumo penalizando persiguiendo y aplicando la ley a consumidores y micro-comercializadores.
- 2 Erradicar cultivos de coca, amapola o marihuana fumigando y/o con métodos manuales, como condición previa para promover “desarrollo alternativo”.
- 3 Policializar y/o militarizar ciudades, territorios y países completos para incautar drogas, apresar “narcotraficantes” y combatir al “narcoterrorismo”.

El “ofertismo”, el prohibicionismo y las tres políticas que acompañan esta estrategia han sido un fracaso anunciado desde que en 1974 el presidente de los Estados Unidos, Richard Nixon, lanzara la llamada “guerra contra el flagelo de las drogas”. Este fracaso es reconocido internacionalmente por los más altos exponentes que las defienden y aplican, comenzando por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito.

Finalmente, tomando posición en la discusión, considero limitado el debate centrado en prohibición/legalización o militarización/policialización o guerra/liberalización y, junto con otros y otras, planteo más bien una estrategia de reducción integral de daños o políticas públicas “a tres bandas”, lo que esquemáticamente implica impulsar:

■ Por el lado de la **producción** y los cultivos, el desarrollo humano sostenible incluso con la gente y con la coca legal, que respete las culturas y saberes locales, proteja la ecología y el manejo de los recursos naturales, fortalezca la institucionalidad social y pública –entre ellas la Estatal– y desarrolle actividades económicas diversas, no productos o *commodities*, que apunten a los mercados locales y regionales, no hacia la exportación y, menos aún, a los biocombustibles.

■ Por el lado del **consumo** de drogas, la despenalización de las drogas suaves –como la marihuana–, la desatanización de las plantas maestras con propiedades medicinales y/o “alteradoras de la conciencia” –entre ellas la coca–, la administración regulada de las drogas fuertes –principalmente cocaína y heroína– en centros hospitalarios y farmacias autorizadas. Debe promoverse el uso de terapias de sustitución –con metadona, cocaína oral, etcétera–, la regulación de las “comunidades terapéuticas”, especialmente aquellas que usan y abusan de la religión, y una fuerte campaña preventiva/informativa desde el Estado, en medios de comunicación y la sociedad civil. Deben prohibirse mensajes tipo “a las drogas dile no”, rechazarse la satanización, sobre todo contra la hoja de coca –por ejemplo, con el dicho “de cada 10 hojas 9

van al tráfico ilegal de drogas”–, los **cocaleros** –llamados “narco cultivadores” y “tontos útiles de los narcos”–, los **coqueros** –actividad asociada con “adictos desnutridos” o “cosa de indios”– y contra los que defendemos estrategias diferentes por supuestamente ser “cómplices del narcotráfico”.

■ Por el lado del **tráfico** ilícito de drogas, se debe aplicar inteligencia operativa para la ubicación y apresamiento de capos, firmas, banqueros y empresarios lavadores de dinero. Se deben imponer sanciones fuertes, verificables y monitoreables a las autoridades policiales, militares, políticas y legales involucradas en delitos de tráfico ilegal de drogas. También, contra “jaladores” de niños y jóvenes mochileros y/o burriers (“mulas”) para involucrarlos en el “negocio”. Se debe actuar sin impunidad con respecto a estos delitos, especialmente de policías, militares y políticos, y golpear a los verdaderos blancos y no a los consumidores y/o microcomercializadores, y vaciar las cárceles de delitos menores.

### ■ Esquizofrenia y realidad

Para finalizar, quisiera simplemente compartir algunas citas. Una de ellas es del presidente Alan García Pérez, quien sostuvo el 20 de diciembre de 2006 lo siguiente, “[...] se puede hacer ensalada de hoja de coca [y] para ayudar a oradores y cantantes, a esos presidentes del mundo que están con carraspera, podría usted darles un poco de hoja de coca húmeda y verá como se les limpia la garganta. [...] Yo sí creo que como parte de una política antinarcotráfico hay que normalizar la relación con la hoja de coca”.

Es decir, en últimas, plantea apoyar la posición boliviana que ha sido presentada en Naciones Unidas. El problema es que esta declaración fue presentada el 20 de diciembre del 2006 y menos de un mes después –el 15 de enero del 2007–, el mismo presidente lanzó un discurso diciendo que con los aviones Sukhoi que Perú tiene hay que bombardear los cultivos de coca y las pozas de maceración. Esta es la esquizofrenia que hay en el gobierno y el Estado peruano sobre el tema de la coca y en general sobre las drogas. El Perú, lamentablemente, no tiene una política de Estado sobre drogas, menos aún sobre coca. Lo que tiene el Perú es la política de los Estados Unidos y es la que aplica sin calco ni copia.

Por otra parte, quiero compartir el pensamiento de **Dante Deza**, un agricultor del Alto Inambari, que me exime de contarles los fracasos del llamado desarrollo alternativo: “Para nosotros, el desarrollo alternativo es que solicitamos sal para hacer charqui y nos entregan detergente con el que no sabemos lavar ropa porque la lavamos con piedra en el río, pedimos semillas y crédito para plantar y nos plantan cemento y piedras para inaugurar, deseamos asistencia técnica y capacitación agropecuaria y nos dan talleres participativos para sacarnos información, pedimos información sobre los fondos internacionales y nos dicen que no se puede porque es secreto”.



A las ONG que trabajamos en las zonas nos dicen “carro viejo” o “auto viejo” porque andamos de taller en taller. Entonces se convoca a taller de género, taller de planificación, taller de... todos los talleres de cualquier tema.

También quiero citar a doña Azucena Veramendi, una excelente alcaldesa de una zona cocalera que es el Valle del Río Monzón, de un pueblo que se llama Cuyaco, quien compartía conmigo en 2001 lo que ella piensa sobre el desarrollo alternativo: “Para nosotros, el desarrollo alternativo es que siembran los proyectos en una mesa, los cultivan en una pizarra, los cosechan en computadora y los venden en spots publicitarios de televisión”.

Finalmente, comparto con ustedes lo que piensa un tayta Uitoto de Colombia sobre las dos formas de usar la coca, una buena y otra mala: “En esta historia de la coca hay dos trabas, como siempre: el bien y el mal. [...] Los historiadores han dicho que la coca es algo relacionado con la sabiduría, que el algo de Dios. Si se abusa de ello, si se utiliza mal, perdido está quien lo hace. [...] Dios puso la planta para servicio del hombre, no para el mal ni para que se abusara de ella. El que la maneje mal, perecerá en el mal. El que la maneje bien, prosperará en el bien. Usar bien la coca hace sosiego a la inteligencia y no deja ser necia a la persona. La hace formar seria, amable, progresista, como lo han entendido muy bien nuestros antiguos (Kuyoteka Jifikomul, 1997: 188 y 189)”.

Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

### Referencias

Kuyoteka Jifikomul, Ángel (1997): *Mitología Uitota contada por un Aront “gente avispa”*. Medellín: Loalon.

# PRODUCTORES DE COCA TRADICIONAL Y LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS

**Dionicio Núñez Tangara**

Miembro de la organización Federación de Campesinos La Asunta (Bolivia). Fue miembro de la Central Obrera Boliviana. En 1995 fue elegido como concejal municipal del Municipio La Asunta. Entre 2000 y 2002 fue el máximo representante del Consejo de Federaciones Campesinas de los Yungas. En 2002 llegó al Congreso Nacional boliviano, como diputado, y desde 2004 coordina la organización Coca y Soberanía.

Los pueblos indígenas mayoritarios como los aymaras, quechuas y los otros pueblos que habitamos Bolivia, tenemos la tradición muy ancestral de producir y consumir la hoja de coca. Estudios comprobados señalan que tres mil años a. de C. ya existían evidencias de este consumo. Hoy, los aymaras y los quechuas no solo están en sus lugares de origen, sino que están dispersos en todo el territorio boliviano, y por tanto el consumo tradicional conocido como acullico, masticado, pijcheo o boleó, es ampliamente requerido en el área rural, como también en las ciudades de todo el territorio boliviano. Hay que citar que, en tiempos remotos, los territorios aymaras o regiones que estuvieron bajo el dominio del Imperio Incaico, como es el caso del norte de Argentina y el norte de Chile, son también regiones donde actualmente se consume hoja de coca de forma tradicional.

En junio de 1988, en Bolivia, se aprueba la ley de sustancias controladas y régimen de la coca, más conocida como Ley 1.008. Esta ley fue impuesta al parlamento boliviano por organismos internacionales vinculados a la administración estadounidense. Incluso se comenta que llegó con partes en idioma inglés y que legisladores bolivianos la tradujeron para aprobarla.

Esta ley, que sigue en vigencia hasta que se apruebe la nueva Ley General de la Coca, trajo consigo luto y sufrimiento, y muchos atropellos a los productores de coca, comercializadores y hasta a los propios consumidores de hoja de coca. La prohibición de su producción, industrialización y comercialización fue un duro golpe para los países andinos.

La coca está estigmatizada por el consumo, en forma de clorhidrato de cocaína, de los países del Norte. De manera intencional, actualmente la hoja de

coca es víctima de confusión con la cocaína, desconociendo los resultados de diversas investigaciones independientes que enfatizan sus propiedades alimenticias, terapéuticas y farmacéuticas.

Para los países andinos, nuestra planta sagrada “mama coca”, sufrió en el siglo XX las consecuencias del éxito de sus numerosas virtudes. Utilizada con fines religiosos y terapéuticos durante miles de años por las civilizaciones incaica y preincaica, y desde hace siglos por las culturas amazónicas y guaraníes, la hojita verde (*erythroxylon coca*) se destaca por sus efectos energizantes. Desde luego, los evangelizadores la consideraban un producto demoníaco, motivo de varios concilios celebrados en Lima (1551-1772). En 1858, el descubrimiento del alcaloide cocaína hizo un aporte a la ciencia médica donde se destacan sus propiedades fundamentales, que son anestésicas y analgésicas. Este alcaloide de cocaína representa menos del 0,1% de los catorce alcaloides que pueden extraerse de la hoja de coca, puede constituirse en el principal medicamento de la farmacopea actual, utilizado como anestésico local en cirugía oftalmológica. Así como fue usado para el tratamiento de enfermedades respiratorias, como la tuberculosis o el asma, hasta su reemplazo en 1923 por la molécula sintética.

En 1949, a pedido del representante de Perú ante la ONU y apoyado por el representante de Bolivia, una comisión efectuó una visita relámpago a ese país y a Bolivia para “investigar los efectos de la masticación de la hoja de coca y las posibilidades de limitar su producción y controlar su distribución”. Los representantes insistieron en los efectos nocivos de la hoja, tanto para el consumidor individual como para las naciones productoras. Catalogando aligeradamente que “la masticación de la coca es causal de desnutrición y efectos indeseables de carácter intelectual y mental” en las poblaciones de las regiones andinas.

Consideraron que es la responsable de la pobreza de los países productores debido a que disminuía la capacidad de trabajo de dichas poblaciones. Sin embargo, el acullico (masticación de la coca) continuó siendo calificado de “costumbre”. Pero en 1952, el comité de expertos en farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud modificó su postura, concluyó que el acullico “tiene todas las características de una adicción”, adicción definida luego como “forma de cocainomanía”.

En lo que concierne a la “comunidad internacional”, los efectos de la hoja de coca se asimilaron así a los del clorhidrato de cocaína. No faltaría mucho más para que se convirtiera en un blanco predilecto. En 1961, era un hecho. Bajo la presión de los Estados Unidos, el mayor consumidor del mundo de clorhidrato de cocaína, la hoja de coca fue clasificada por la Convención Única sobre Estupefacientes entre las “plantas psicotrópicas” en la lista N° 1, es decir, capaces de producir una droga en estado vegetal. Un régimen de control que, según los investigadores del Transnational Institute de Holanda, “supera ampliamente el que se aplica a numerosas plantas psicoactivas,

muchas de las cuales son más propicias a alterar la conciencia, como la kava-kava (*piper methysticum*), el kratom (*mitrgyna speciosa*) y diferentes alucinógenos”.

Proscrita por todas las instancias internacionales, la hoja de coca no puede desde entonces producirse, industrializarse ni comercializarse. Solo se permite su uso tradicional en los países donde existen pruebas de su consumo ancestral, como en el caso de Bolivia, Perú y el norte de Argentina. Sin embargo, dos importantes actores escapan a la regla general y se encuentran curiosamente protegidos: la industria farmacéutica estadounidense, para producir cocaína de uso médico, y la célebre empresa *Coca-Cola*.

Mientras se asocia la planta andina con la cocaína, a sus consumidores con toxicómanos, y a nosotros, sus productores, con narcotraficantes y con narcoterroristas, la “comunidad internacional” nos declara la guerra. En todas partes, los países productores implementan políticas de erradicación forzada y fumigaciones aéreas con herbicidas y hongos. Mientras que el mercado multimillonario de la cocaína, como otrora el de los anestésicos o incluso el de bebidas a base de hoja de coca, siguen haciendo la fortuna del extranjero; las principales víctimas de esta política de guerra somos los pequeños campesinos productores de la hoja de coca.

La prohibición internacional sobre el comercio de la hoja de coca es el fruto de una política injusta, basada en datos científicos erróneos que no expresan más que prejuicios culturales y raciales. Una primera consecuencia de estas políticas de lucha contra el narcotráfico era que nosotros no éramos sujetos. Para la comunidad internacional, los productores, los indígenas productores, los campesinos agricultores éramos vistos como narcotraficantes. Luego nos dieron el calificativo de subversivos porque teníamos un discurso contestatario al orden establecido. Posteriormente, a los dirigentes cocaleros nos trataron de terroristas y, al final, de narcoterroristas.

En Bolivia, durante este período, los enfrentamientos se volvieron cotidianos. En el Chapare no se hizo ninguna distinción entre el traficante de cocaína y el campesino productor. Entre 1998 y 2002 se registraron 33 muertos, 567 heridos, 693 detenidos del lado de los cocaleros, y 27 muertos y 135 heridos en las filas de las fuerzas armadas.

La situación de pobreza que impera en nuestros países hace que mucha gente campesina desocupada emigre a zonas de producción de coca, haciendo que se ampliaran cada año las extensiones de cultivo a zonas que no son tradicionales. Los proyectos de sustitución de hoja de coca conocidos como “desarrollos alternativos” fueron y son un fracaso total; se gastaron inmensas cantidades de dinero pero la gente sigue dependiendo del cultivo de coca para su sobrevivencia.

En estas zonas de producción de coca hemos vivido la desgracia de los programas implementados desde organismos internacionales que se llaman de desarrollo alternativo. Los programas ponían condiciones para acceder a ellos. Se debía ofrecer cierta cantidad de hectáreas de coca para erradicar, si

no ofrecías esas hectáreas no eras “sujeto beneficiario” de los programas. Era una forma indirecta para que los campesinos que hasta entonces no tenían cultivos de coca y querían acceder a los programas de desarrollo alternativo, se procuraran las cantidades de hectáreas para ofrecer a erradicar. Esto ocasionó daños colaterales, porque aparecieron cultivos en zonas o regiones subtropicales de Bolivia sólo para ser objeto de la atención de la cooperación internacional y de las políticas estatales en materia de desarrollo.

Pero también otra de las consecuencias que hemos vivido es el tema de la contaminación. Los programas de desarrollo alternativo decían que “a la coca vamos a sustituirla con café en los Yungas”. Y nos trajeron plantaciones de café del Brasil y de Colombia, pero también nos trajeron las plagas de estas plantas que después acabaron inclusive con las plantaciones nativas que nosotros teníamos en la región de los Yungas. Y en el Chapare pasó con las plantaciones de bananos y con otras plantaciones de desarrollo alternativo. Entonces nuestros campos han quedado dañados. Hemos empezado a conocer plagas que antes en nuestras regiones no se conocían; y para combatir las, los técnicos nos decían que “hay que introducir productos químicos para combatir las plagas”. Entonces se emplearon productos químicos tóxicos en la mayor parte de los casos.

Otra de las consecuencias que nos han traído estas políticas de lucha contra el narcotráfico fue la corrupción. Inclusive en las organizaciones sindicales, porque los programas de desarrollo alternativo o los gobiernos que implementaban estos programas, al no tener aceptación en las organizaciones y en el conjunto de las bases, empezaron a manera de prebenda a influir a los dirigentes sindicales y a las organizaciones, y las federaciones empezaron a dividirse en bloques: los que apoyaban las políticas estatales o internacionales, y las personas que defendíamos los cultivos de coca como manera tradicional de garantizar nuestra sobrevivencia.

En todo este período de los programas de desarrollo alternativo, de la lucha contra el narcotráfico, hemos visto desfilar año tras año ingentes cantidades de recursos de la cooperación internacional, como también esfuerzos del Estado, del gobierno de turno, para sustituir estos programas. Hasta el momento, a excepción de muy pocos casos, estos programas no han dado resultado. La mayor parte de la gente, en estas zonas de producción de coca, sigue subsistiendo con la producción y la venta de sus cultivos de coca.

Este era el panorama en las zonas de producción de coca hasta 2005, cuando el compañero Evo Morales gana las elecciones en representación de los movimientos sociales y de vastos sectores sociales. En Bolivia, la lucha contra los cultivos de coca nos enseñó a nosotros, a los compañeros productores de la hoja de coca, que no solamente teníamos que hacer la defensa de la hoja de coca de manera gremial, estableciendo la defensa del cultivo de la coca. A los aymaras, a los quechuas y otros pueblos indígenas, que somos casi el 62% de la población boliviana, nos enseñó que la defensa de la coca era también

la defensa de la identidad cultural de nuestros pueblos originarios. En torno de esta bandera de identidad, de esta bandera de defender lo nuestro, nuestra tradición, nuestra cultura, se organizó este movimiento político que en un proceso de 10 años llevó a la presidencia al compañero Evo Morales.

En este período, de 2005 hasta ahora, lo que hemos tratado de hacer es cambiar radicalmente las políticas que hemos tenido en gobiernos anteriores. Una primera acción que hemos hecho es erradicar definitivamente el tema de la violencia en las zonas de producción de coca. Para que los programas de sustitución, los programas de erradicación que ahora se llaman racionalización de cultivos o disminución concertada de cultivos de coca, se hagan de manera pacífica. Que no se impongan como una política estatal sino de manera concertada. Los mismos sindicatos hacen que, en las regiones donde se produce la coca, se mantenga la cantidad de hectáreas, no se incremente de manera considerable y descontrolada. De manera concertada, sostener cultivos y, si es mejor, disminuirlos.

El siguiente paso fue introducir al interior de la Asamblea Constituyente, que se produjo con muchos problemas y dificultades, un artículo en la nueva constitución política del Estado donde se reconoce a la hoja de coca como patrimonio histórico cultural y parte de la biodiversidad del Estado boliviano. Y se diseñó una nueva estrategia de lucha contra el narcotráfico y de revalorización de la hoja de coca, desde una visión de respeto de los derechos humanos y desterrando las políticas represivas y violentas.

La hoja de coca tiene que ser regulada desde la producción, circulación, comercialización, industrialización, exclusivamente como un producto agrícola, como un patrimonio del Estado boliviano, y alejada de lo que son las sustancias psicotrópicas. Como parte de esta nueva estrategia, hemos establecido entre el gobierno y las organizaciones cocaleras el tener más o menos 20.000 hectáreas de coca en Bolivia. Actualmente, el último monitoreo de la ONU dice que existen alrededor de 30.000 hectáreas, pero la voluntad del gobierno y de las organizaciones cocaleras es estabilizar en 20.000. Unas 12.000 hectáreas o 15.000 hectáreas se destinarían a abastecer el mercado de consumo interno y el de los países vecinos, como el norte argentino y, en menor proporción, el norte de Chile, donde se consume la hoja de coca que se produce en Bolivia. Y las otras hectáreas para la transformación productiva de la hoja en infusiones, harinas, productos cosméticos (dentífrico, champú), biomedicamentos (jarabes, pomadas, mates), abono, o incluso nutrientes para la cría de animales. Productos con un valor agregado, capaces de ofrecer nuevas oportunidades económicas a los productores, desviándolos del narcotráfico. Si son 20.000 o son un poco más o un poco menos, nos lo dirá más claramente un estudio que se ha empezado en los primeros días del mes de agosto de 2009, con apoyo de la Comunidad Europea, acerca del consumo de la hoja de coca en el territorio boliviano y fuera de nuestras fronteras, durante un año, para que en base a eso se establezca la cantidad de hectáreas que necesitamos cultivar.

En esta nueva gestión de los movimientos sociales en su función de gobierno, hemos planteado a los organismos internacionales, como la ONU, la corrección que se debe hacer en las convenciones internacionales. En los primeros días de marzo de 2009, el compañero Evo Morales, en calidad de presidente de la República, elevó una carta al Secretario General de la ONU pidiendo la eliminación de varios artículos e incisos de la convención de 1961 que penalizan al consumo tradicional de la hoja de coca. El presidente Morales dijo claramente que los 5.000.000 de personas en Bolivia y otros tantos millones en Perú y otros países que consumimos hoja de coca, no somos drogodependientes. El consumo de la coca lo tenemos desde hace 3.000 años. Los consumidores de coca no tenemos ninguna deformación o ninguna malformación, como dicen los argumentos raciales que sirvieron para penalizar el consumo de la hoja de coca. Entonces, se planteó a los Estados miembros de la ONU corregir esas normas internacionales. Tenemos entendido que la ONU ha empezado el proceso de consulta a todos los Estados para ver cómo se pronuncian sobre este pedido boliviano.

Quiero terminar diciendo que en este período, con el compañero Evo Morales, las organizaciones sociales tienen una activa participación para delinear las políticas de gobierno y de Estado que regirán a partir de la implementación de la nueva constitución política del Estado. Y en ese marco, los productores de coca organizados en sindicatos y en federaciones, estamos trabajando la redacción de la nueva ley general de la coca que será la ley, el mecanismo legal que regule la producción, la circulación, la comercialización, la revalorización y la industrialización de la hoja de coca.

Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

# DROGAS ILEGALES, TRAFICANTES Y POLÍTICA

**Luis Astorga**

Doctor en Sociología por la Universidad de París I (Francia). Trabaja en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. En la actualidad es coordinador de la Cátedra Unesco “Transformaciones económicas y sociales relacionadas con el problema internacional de las drogas”.

Voy a hacer una apretada síntesis de 100 años de prohibición en tres planos: el internacional, el de la relación de México con los Estados Unidos, y el de la situación mexicana; este último, a su vez, en dos aspectos: el tráfico de drogas y la política y sus vínculos.

En 1909 tiene lugar la Conferencia de Shanghai que marca el inicio del esquema jurídico prohibicionista internacional en el que estamos viviendo hoy. En 1914, Estados Unidos aprueba la Ley Harrison, que prohíbe el opio. Unos pocos años más tarde, en 1920, México dicta una ley que prohíbe la marihuana, que tiene un nombre que nos recuerda el eugenismo del siglo XIX “disposiciones sobre el cultivo y el comercio de productos que degeneran la raza”. En 1926, México prohíbe el cultivo y la comercialización de la adormidera, padre del somnífero. Con este esquema prohibicionista en los Estados Unidos y en México se constituye el campo del tráfico ilegal entre ambos países, surgen los traficantes de drogas. En 1937, Estados Unidos aprueba la Marihuana Tax Act y años más tarde se suceden las Convenciones de 1961, 1971 y 1988, y en 2000 la Convención de la Organización de las Naciones Unidas sobre delincuencia organizada transnacional. Este es el régimen jurídico internacional prohibicionista que nos rige y en el que hemos estado viviendo desde 1909.

En México, el campo del tráfico de drogas nace dependiente del poder político, esto se empieza a ver desde los primeros años de la Revolución Mexicana, en la que los poderes militar y político van a estar en posición de control y contención del fenómeno del tráfico de drogas.

En la década de 1940 hubo en México un intento por romper con ese esquema internacional prohibicionista, y eso dio lugar al Reglamento Federal



de Toxicomanía, que fue aprobado en 1940 y elaborado por el Dr. Leopoldo Salazar Viniegra, principal autoridad sobre drogas de la Secretaría de Salud. Este documento proponía crear clínicas dependientes del Estado donde se proporcionara a los usuarios la droga a precio de costo. Este señor fue sacado del gobierno mexicano por presiones del estadounidense, y México se tuvo que retractar de ese reglamento porque Estados Unidos decretó un embargo de medicamentos narcóticos hacia México. Fue la primera y la única vez que México intentó romper con el esquema prohibicionista.

En 1947, la autoridad sobre las políticas de drogas pasa de la Secretaría de Salud a la Procuraduría General de la República. Un año antes, junto con el primer gobierno civil después de la Revolución, se crea una institución que se constituye en el poder político-policial del sistema. Esta institución se llamaba Dirección Federal de Seguridad y va a ser una organización clave, mediadora entre el campo de la política y el del tráfico de drogas, es decir, va a ser la contención y protección simultáneamente para quienes se dedicaban al negocio del tráfico de drogas.

Durante la administración del presidente estadounidense Richard Nixon y el inicio de esta metáfora de la guerra contra las drogas, Estados Unidos decreta en 1969 el comienzo de la Operación Intercepción, que implicó el cierre temporal de su frontera con México, una vigilancia muy estricta para la época, con el presunto objetivo de detener el contrabando de drogas desde ese país hacia los Estados Unidos. Es evidente que esto no prosperó, pero sí creó problemas diplomáticos muy fuertes entre los dos países.

Entre 1975 y 1978, en México, se produce el primer gran operativo militar masivo contra las drogas en todo el continente americano, llamado Operación Cóndor: se destinaron alrededor de diez mil militares para la destrucción de cultivos en los estados del noroeste del país, Sinaloa, Durango y Chihuahua. No fue capturado ni un solo líder importante de las organizaciones del tráfico de drogas, pero sí fueron llevados a prisión muchísimos campesinos de las sierras de esa parte del país.

En 1978 se llevó a cabo un operativo militar similar en la zona de La Guajira, Colombia, llamado Operación Fulminante, con un contingente militar similar al de México.

El año 1985 es un punto de quiebre en cuanto a la capacidad del Estado mexicano posrevolucionario para contener y proteger a los traficantes. El caso de Enrique Camarena, un agente de la DEA (Drug Enforcement Administration) asesinado en México en 1985, implicó una presión política muy fuerte de parte de los Estados Unidos y la desaparición en México de la Dirección Federal de Seguridad. Es decir, el ocaso de la seguridad autoritaria como la conocimos durante varias décadas y, por lo tanto, una debilidad del Estado para contener a las grandes organizaciones de traficantes.

En 1986, y con el marco de la presidencia de Ronald Reagan en los Estados Unidos, se dicta en México la Directiva 221 que establece que el tráfico de drogas va a ser considerado como un asunto de seguridad nacional. Esta

idea va a ser retomada también por otros países de América Latina. En 1989, durante la administración de George Bush, se lanza la Iniciativa Andina, el prelude de lo que luego sería el Plan Colombia. Básicamente, esta iniciativa dio apoyo militar y policial en la región andina para la destrucción de laboratorios de cocaína y cultivos de hojas de coca.

En México, luego de la desaparición de la Dirección Federal de Seguridad, vemos el ocaso del sistema de partidos de Estado y el ascenso de la oposición política a posiciones de poder. En 1989 tiene lugar la primera gubernatura de la oposición política, se empieza a romper el monopolio político del Partido Revolucionario Institucional (PRI). Otros estados continúan esta tendencia política: Baja California en 1989; Chihuahua en 1992; Jalisco en 1995; el Distrito Federal en 1997; Michoacán en 2002; Guerrero en 2005; y así hasta nuestros días.

Al mismo tiempo que se venía reconfigurando el campo de la política en México, lo hacían el campo del tráfico de drogas y la relación entre ambos.

Doy como ejemplo las organizaciones de traficantes y los liderazgos más importantes junto con los lugares donde se establecieron de manera preferencial, aunque no exclusiva: en Baja California los hermanos Arellano, originarios de Sinaloa, y en Chihuahua los hermanos Carrillo Fuentes, también originarios de Sinaloa. En Tamaulipas se crea una competencia por el liderazgo de las organizaciones de traficantes sinaloenses durante la administración de Carlos Salinas de Gortari Salinas, de 1988 a 1994. Allí va a suceder algo muy importante que todavía nos afecta en nuestros días, el liderazgo que hasta 1996 llevaba Juan García Ábreo va a ser suplido por el de Osiel Cárdenas, quien introduce nuevos elementos en el campo del tráfico de drogas en México, como ser el paramilitarismo, las estrategias de tipo mafioso y el populismo heredado del PRI. Estos tres elementos forman un cóctel explosivo que va a implicar que las otras organizaciones del tráfico de drogas comiencen una competencia similar. Es decir que con las estrategias mafiosas, la organización de Tamaulipas lo que hace es expandir la renta criminal, ya no es única y exclusivamente el tráfico de drogas, sino que es extorsión, secuestro, tráfico de indocumentados, piratería, etcétera.

En Sinaloa, el liderazgo es del Chapo Guzmán, de Mayo Zambada, Nacho Coronel y los Beltrán Leyva. Lo que hay que destacar es que con excepción de la gente de Tamaulipas, todos los demás son originarios de Sinaloa, aunque tengan sus bases operativas en otras partes del país. Las dos grandes coaliciones de traficantes en el país, las más poderosas, son Sinaloa y Tamaulipas. La primera en la costa del Pacífico y Tamaulipas en la del Golfo de México, la frontera con Texas.

En 2000, la alternancia en el poder no es solo en los estados y municipios, sino también en el Poder Ejecutivo, donde asume Vicente Fox Quesada del Partido Acción Nacional (PAN). Durante su administración se produce la fuga del Chapo Guzmán, que había sido encarcelado, a la vez que existe una mayor presencia de los militares en la Procuraduría General de la República. Por primera vez, un general dirige a institución, que históricamente había sido encabezada por civiles. Se captura a líderes importantes de las organizaciones del

tráfico de drogas, como Benjamín Arellano y Osiel Cárdenas, que más tarde, durante la administración actual de Felipe Calderón, es extraditado.

En esta lucha por la hegemonía en el campo del tráfico de drogas, una vez que desaparece el sistema de partido de estado y el Estado ya no es el árbitro que regula, contiene e incluso en algunos casos protege a los grupos de narcotraficantes: nos encontramos con un esquema en el que las organizaciones aprovechan la debilidad estructural de un Estado en transición.

Las tendencias actuales se podrían llamar “estrategias de recuperación de la autoridad del Estado”. A partir de 2006, en México, existe una confrontación muy fuerte entre el Estado, sus fuerzas y las organizaciones criminales; esto se ve en la reconfiguración de las coaliciones de traficantes, la lucha por la hegemonía, y en la escalada de confrontación entre organizaciones y en contra de los representantes del Estado en sus diversos niveles. Al mismo tiempo, existe una mayor participación de los militares en la lucha antidrogas, en varias partes del país se suceden operativos militares.

En cuanto al sistema de procuración de Justicia y las instituciones de seguridad, que son fallas estructurales muy claras y graves en este esquema de la transición, hubo en 2008 un acuerdo entre todos los actores de la sociedad mexicana, que se llamó Acuerdo Nacional por la Seguridad, la Justicia y la Legalidad. A dos años de su firma, los resultados han sido decepcionantes. Las metas que se propusieron, en su mayoría no han sido cumplidas; y hubo unas pocas que sí lo fueron por el Gobierno Federal, pero no por los gobiernos estatales ni municipales.

A partir de 2007 se implementa la Iniciativa Mérida, que es básicamente ayuda en equipamiento militar, equipamiento para las policías y asesoría para el Poder Judicial en cuanto al establecimiento de los juicios orales en México.

El campo político ha sido reconfigurado. Si bien la presidencia fue ganada por el PAN, un partido distinto al que dominó al país durante 71 años, los gobiernos de los estados y las presidencias municipales en su mayoría siguen en manos del PRI, en segundo lugar el PAN y en tercer lugar el Partido de la Revolución Democrática (PRD). No hay un solo partido político que pueda decir que no tiene algún tipo de responsabilidad en el tráfico de drogas.

El PRI tiene casi todos los estados de la península de Yucatán, el Golfo de México, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas en la frontera norte. En la Costa del Pacífico, Colima, con el puerto de Manzanillo por donde entra una gran cantidad de cocaína. Nayarit y Sinaloa, que a partir de enero de 2011 va a ser gobernada por la coalición PRD-PAN, en la actualidad es del PRI. Si relacionamos este mapa con la ruta de la droga y la presencia de las grandes organizaciones del tráfico, observamos que las zonas productoras de marihuana y amapola están gobernadas por el PRI. Los únicos estados en la frontera donde no gobierna el PRI son Sonora y Baja California, aunque en las recientes elecciones los principales municipios de esta última fueron ganadas por este partido. Es decir, hay un gobierno estatal del PAN, pero municipios fronterizos con los Estados Unidos gobernados por el PRI. El único estado fronterizo que

gobierna el PRD es Chiapas, en la frontera con Guatemala y Belice.

Según el documento de Peter Reuter y Franz Trautmann “A report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007” en la configuración actual del campo de tráfico de drogas en México no hay que hablar de carteles. “Los mercados de las drogas ilegales son mayoritariamente competitivos, no verticalmente integrados o dominados por grandes *dealers* o cárteles”.

México se ubica entre los principales cultivadores de marihuana (pasó de tener 8.900 hectáreas en 2008 a 12.000 en 2009, un 35% más), es el tercer país cultivador de amapola después de Afganistán y Myanmar (de 6.900 hectáreas en 2008 a 15.000 en 2009, esto es, 325 toneladas de producción potencial de heroína) y es el principal país de tránsito de cocaína hacia los Estados Unidos, 90% de la cocaína que llega a EE. UU. pasa por México.

Por último, me gustaría precisar algunas alternativas frente a esta situación:

- Modificar de manera radical la política mundial de drogas vigente, aunque esto no dependa en forma exclusiva de México. Es algo en lo que se está trabajando, aunque parece el escenario más improbable en el corto y mediano plazo.
- Dejar hacer y arriesgarse a la expansión de las actividades del poder de las organizaciones de los traficantes. La consecuencia de esto es la supeditación del campo político al del tráfico de drogas.
- Asumir que la política antidrogas en el México de hoy es un asunto exclusivamente federal y apostar por parte de los otros partidos políticos al fracaso de la estrategia mediante la inacción o la obstrucción, y tratar de capitalizar los errores del gobierno central.
- Establecer relaciones estratégicas y de interés mutuo entre políticos y traficantes con la idea de una especie de “paz mafiosa” y confianza, en una especie de pacto de caballeros. Aunque no hay caballeros en ninguno de los dos bandos, ni entre los políticos y ni entre los traficantes. La consecuencia de esto es el reconocimiento político de los traficantes, qué se negociaría, con quiénes y para qué y quién garantizaría en ese escenario el cumplimiento de los acuerdos es todavía un debate.
- Crear una política de seguridad de Estado que implique consenso político y donde todos los partidos que gobiernan ceden. Esto implicaría, eventualmente, el fortalecimiento de las instituciones democráticas y un mejor piso para una discusión más tranquila sobre la posibilidad de descriminalización progresiva de algunas drogas.



# CONSECUENCIAS DE LA LLAMADA “GUERRA A LAS DROGAS”

**Patricia Llerena**

Abogada. Juez del Tribunal Oral en lo Criminal N° 26 de la Capital Federal. Es profesora adjunta regular de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires (Argentina), tanto de grado como de posgrado. Consultora de la ONU en temas de lavado de dinero.

En mi presentación, quisiera intercambiar algunas reflexiones que no pretenden ser definitivas, no son verdades dogmáticas, sino que son algunas pequeñas constataciones, análisis de lenguaje y sobre todo, dudas.

Estamos discutiendo lo que se llama la “legalización”, con una mala interpretación de muchos actores y sectores de lo que se pretende con la legalización, o lo que implica. Pero me parece que estas discusiones respecto de la terminología arrancan desde siempre en este tema. Las drogas parecen ser los sujetos activos de todos los males que nos causan a los seres humanos, como si nosotros fuésemos las cosas y las drogas fueran las personas que actúan, que actúan solas. Yo jamás vi que se le hiciese la guerra a una cosa inanimada que solamente puede hacer daño si hay gente atrás que la utiliza, especula y hace sus grandes negocios.

Voy a tratar de analizar un aspecto que no tiene nada que ver con la reducción de oferta, de demanda ni de daños, sino que voy a tratar de plantear el problema del negocio que hay a través de las drogas, el problema de la financiación de la empresa criminal y del crimen organizado. Sin entrar en discusiones acerca de la entidad que tiene este último concepto, aunque reconociendo que la literatura internacional y los instrumentos internacionales –que la mayor parte de los países entre ellos la Argentina, han suscripto– lo utilizan. Por lo tanto, por un ordenamiento jurídico y por compromisos internacionales, debemos acatarlos como país y adecuar nuestra legislación a lo que voluntariamente nos hemos sometido a cumplir.

Entre las convenciones y los instrumentos internacionales que la Argentina ratificó, elegí dos para revisar sus preámbulos y finalidades: la más conocida, la Convención de 1988, y la Convención de 1971 de la ONU. En la Convención de 1971 se remarcaba la preocupación por la salud física y moral de la

humanidad, y se planteaban los problemas sanitarios y sociales que se generaban a través del uso y el abuso de las sustancias estupefacientes.

Pasaron los años y en la Convención de 1988, sin derogar ningún supuesto de la de 1971, aparece enunciado por primera vez que la problemática de las drogas menoscaba las bases económicas, culturales y políticas de la sociedad. Se empieza a esbozar lo que, claramente, aparece después en una directiva de la Unión Europea de 1991 con relación al tráfico de estupefacientes, el crimen organizado y el aspecto financiero de esta cuestión, que es el lavado de dinero o blanqueo de capitales, y la preocupación por la cohesión social, pero sobre todo, la defensa del único sistema financiero que es el sistema financiero de la Unión Europea. Este último aspecto debería ser apuntado para evaluar cuán efectiva ha sido la guerra contra las drogas en materia de los aspectos financieros.

Debo recordar que, en 1988, el paradigma de la guerra contra las drogas nace junto con la pretenciosa finalidad, declarada en la Convención, de erradicar las drogas de la faz de la tierra en el lapso de 10 años. Esta misma Convención, en su preámbulo, marca una preocupación “por la magnitud y la tendencia creciente de la producción, la demanda y el tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas”, pero también aparece la preocupación “por la sostenida y creciente penetración del tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas en los diversos grupos sociales, y, particularmente, por la utilización de niños en muchas partes del mundo como mercado de consumo y como instrumentos para la producción, la distribución y el comercio ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, lo que entraña un peligro de gravedad incalculable”, sin identificar a qué peligro se está refiriendo.

Inmediatamente después, aparecen señalados “los vínculos que existen entre el tráfico ilícito y otras actividades delictivas organizadas relacionadas con él, que socavan las economías lícitas y amenazan la estabilidad, la seguridad y la soberanía de los Estados, [...] el tráfico ilícito genera considerables rendimientos financieros y grandes fortunas que permiten a las organizaciones delictivas transnacionales invadir, contaminar y corromper las estructuras de la administración pública, las actividades comerciales y financieras lícitas y la sociedad a todos sus niveles”.

Aparece la necesidad de instrumentos nuevos para regular el lavado de dinero, realizar incautaciones y decomisos, eliminar las causas profundas del uso indebido de drogas, y regular la demanda y las enormes ganancias.

De esta rápida pasada por los objetivos que tenía la Convención se puede establecer que el paradigma de la Convención de 1988, que es la que está en vigencia, se caracteriza por incluir la guerra al tráfico ilícito en cuanto a la oferta, erradicación de cultivos, fumigaciones y sustitución de cultivos por cultivos alternativos, la criminalización de la tenencia para consumo, el lavado de dinero y las técnicas especiales de investigación, esto es, entrega vigilada, agentes encubiertos, modificación de reglas de autoría y participación.

Por lo tanto, la Convención no solamente pretende regular estas reglas comerciales de oferta y demanda, sino que ha implicado que los países adecuaran su legislación para incorporar las modificaciones. Esto ha tenido consecuencias, como contradicciones con los ordenamientos internos y fundamentalmente, una total falta de efectividad en cuanto a los resultados.

Si pensamos en políticas públicas y nos quedamos con este aspecto de luchar contra las drogas evitando la rentabilidad del negocio de las drogas, lo que sería oportuno es ver cuál es esta rentabilidad. Algunos autores que se han dedicado a este análisis señalan que el narcotráfico mueve entre el 20 y el 30% de la economía mundial. Por su parte, en informes de 1986 se dijo que la droga provee el mayor ingreso de fortuna en Colombia, aproximadamente el 36% del producto nacional.

Sin embargo, tenemos algunos problemas que fueron marcados por el economista Francisco Thoumi, asistente del Centro de Investigación y Monitoreo sobre Drogas de la Universidad del Rosario, en Bogotá, Colombia. Para afirmar cuánto de las economías mueve el negocio de las drogas, depende en principio de qué economía se trate. Por otra parte, hay obstáculos desde el punto de vista del análisis económico, ya que todos los medios de acreditación se basan en medidas indirectas. Pueden ser reportes policiales, fotos satelitales, entrevistas de campesinos, la actividad de los periodistas, estadísticas de los hospitales respecto a sobredosis y reportes policiales.

El otro problema son los ingresos ilegales que se generan en la economía. El ejemplo que da Thoumi es sobre la base de mercados ilegales en Bolivia, Colombia y Perú, a lo que puedo incorporar la Argentina y todos los países latinoamericanos que tienen un alto porcentaje de economía informal. Es decir, es muy difícil la ponderación de cuáles son los mercados ilegales de la droga, cuando en general estamos inmersos en un altísimo grado de economías informales y nos movemos inmersos en ellas.

En relación a la oferta de drogas, la estimación se puede hacer, dice Thoumi, sobre la base de los ingresos y el valor agregado en cada una de las etapas del negocio y en cada país. Para hacer esto hay que tener en cuenta el valor estimado de los bienes lavados, el valor de los productos químicos utilizados en el proceso de fabricación y el impacto sobre la economía de cada país.

En relación con la demanda, también hay dificultades para medir su impacto económico. Hay dificultad para determinar la cantidad de dependientes y adictos a las drogas, sobre todo cuando tenemos un régimen prohibicionista y de sanción, y para determinar la cantidad de usuarios de drogas. También para determinar la cantidad de días de trabajo que se pierden como consecuencia de la ingesta de drogas y cuáles son los costos médicos que debe asumir un país, sea en la actividad pública o privada, como consecuencia de esto.

En síntesis, para poder hacer una valoración seria en relación a la oferta, necesitamos determinar la extensión de cultivos de coca y amapola, la frecuencia de las cosechas, la cantidad de sustancia toxicomanígena contenida



en la coca o en el opio, la calidad de los químicos utilizados y la habilidad de las personas que los aplican, y la cantidad de drogas secuestradas. Y para hacerla en relación a la demanda, hay que conocer la cantidad de estupefacientes que se consumen en los distintos mercados, y el precio de las drogas en cada etapa de producción y en la cadena de comercialización.

Me parece importante hacer una referencia al uso que se le da a la información económica, porque para analizar las cuestiones con relación al lavado de dinero siempre se ha usado determinado tipo de información económica basada en informaciones periodísticas, que usan los mismos periodistas, los funcionarios y los políticos. A partir de esta información es que se han construido las agendas políticas, y en consecuencia la implementación de esas agendas devino en la creación de aparatos burocráticos, de políticas no efectivas como modo de justificar la existencia del mercado ilegal.

Un informe de UNDCP (United Nations International Drug Control Program, Programa Internacional de Control de Drogas de la ONU) de 1997 estimó el producto total del negocio ilícito de la industria de los estupefacientes en 400 billones de dólares, lo que representaría en ese período, el 8% del comercio internacional total. Un antecedente similar es un trabajo periodístico de 1988 donde se decía que el comercio global de la droga puede representar 500 billones por año, más del doble del valor de todo el circulante de dinero estadounidense.

Existe un informe belga de 1987 que señala el precio de la gruesa por mayor de marihuana en más o menos 3.000 francos belgas (Fr.B.) por kilo y el precio al por menor, más o menos en 150 Fr.B. por gramo y 150.000 Fr.B. por kilo. El hachís, entre 80.000 y 100.000 Fr.B. por kilo, contra 200 a 300 Fr.B. por gramo. La heroína, 1.750.000 a 2.000.000 por kilo y 3.000 a 5.000 Fr.B. por gramo. Cocaína 1,4 millones la gruesa contra 4.000 a 5.000 Fr.B. por gramo.

En la región andina podríamos establecer aproximadamente el precio de exportación de la cocaína en 1.500 dólares estadounidenses (U\$S) por kilo. El precio de importación en los Estados Unidos subía a entre 15.000 y 18.000 U\$S, y el precio de venta al por menor puede ascender hasta 120.000 U\$S.

Días pasados, hablando sobre la causa de una persona que condenaron, veíamos que un pequeño dealer del conurbano bonaerense manejaba 300.000 pesos mensuales con la venta de estupefacientes. Entonces, si como señala el último informe producido por el Ministerio de Justicia de la Nación (Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, 2008), en la República Argentina el 70% de las causas que se siguen en materia de drogas es por tenencia y vamos a seguir limitando los escasos recursos asignados a sancionar o evitar sancionar a quien tiene estupefacientes para consumo personal, considero que la guerra a las drogas la perdimos desde hace muchos años.

Si seguimos persiguiendo penalmente al que consume, y no le damos la asistencia necesaria, creo que estamos ante un discurso y una práctica fun-

cionales para los narcotraficantes, para los que especulan y, además, para los que lavan. El proceso de lavado de dinero está hecho por gente muy inteligente, que conoce muy bien cómo está aceitado el mercado y cuáles son los baches que tiene. Sabe muy bien cuál es el grado de corrupción funcional que tiene cada país o cada región para permitir drenar el dinero proveniente de la actividad ilícita. Este dinero no es solamente el proveniente del tráfico ilícito de estupefacientes. Las organizaciones que se dedican a esto, al igual que lo hacen los mercados legales desde hace muchos años, comparten y se distribuyen el mercado. Tienen redes reales de perfecta cooperación.

Por lo tanto, si como política pública no decidimos armonizar las normas administrativas de prevención, despejar la superposición de competencia de los organismos públicos, realizar efectivos controles administrativos en la gestión de los actores económicos con respuestas rápidas de la administración para que se determine o enderece la conducta del sector o se lo sancione, y seguimos teniendo por toda gestión para prevenir y reprimir el lavado de dinero utilizar la vía de la norma penal, vamos a estar llamados al fracaso. Sobre todo si no se apuntala la necesidad de prevenir y de reprimir los delitos que generan dinero y la corrupción funcional.

Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

### ■ Referencias

- Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja (2008): *La reforma integral a la Ley de Estupefacientes y la identificación de políticas sociales*. Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la República Argentina. Disponible en: <http://www.jgm.gob.ar/archivos/comisionnacional/DO3reformaintegral1.pdf>
- Freemantle, Brian (1986): *The Fix*. New York: Tor.
- Ríos, Iván (2000): "Fenómeno y efectos del capitalismo salvaje: el narcotráfico" en: *Conversaciones de paz: Cultivos ilícitos, narcotráfico y agenda de paz*, pp. 153-157. Bogotá: Mandato Ciudadano por la Paz, la Vida y la Libertad.



# CÁRCELES Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO REGIONAL

**Pien Metaal**

Magister en Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales por la Universidad de Ámsterdam (Países Bajos). Desde 2002 integra el equipo de Drogas y Democracia del Transnational Institute, donde en la actualidad coordina el proyecto sobre reforma a las leyes de drogas.

Hemos hablado repetidamente de las consecuencias de la guerra a las drogas. Es un ejercicio que a pesar de ser repetitivo sigue siendo muy necesario, pues los cambios a las políticas en varios países de la región dan señales positivas, pero la realidad es dura. Estos cambios son lentos y la oposición a realizarlos es fuerte y poderosa. La burocracia antidroga se estableció de tal manera, que se convirtió en un actor con lógica propia muy resistente a las amenazas que suponen las propuestas de cambio. Con evidencias y argumentos tratamos de romper su piel de hierro, su actitud de autoconfirmación carente de lógica. Insistiremos para que, un buen día, todos queden convencidos y convencidas de que existe una opción de convivencia pacífica con las sustancias que alteran la conciencia; que sí hay formas pragmáticas y racionales para enfrentar las consecuencias y la existencia de un mercado mundial de drogas.

Desde mi institución, el Transnational Institute y nuestra institución hermana con sede en los Estados Unidos, la Washington Office on Latin America, nos dedicamos esta vez a otro tema de la realidad latinoamericana que indigna, la situación en las cárceles. Cárceles que resultan ser basureros humanos que no deberían existir en países que se toman en serio a sí mismos. Aceptando por el momento el concepto de la reeducación de los ciudadanos y ciudadanas que actuaron fuera de la ley, la cárcel resultaría ser un instrumento efectivo privando temporalmente de la libertad de movimiento, pero la red carcelaria actual nada tiene que ver con ese objetivo reeducador. Por otro lado, las leyes que pretenden tipificar las conductas indeseables de la ciudadanía en relación a las drogas son, sin excepción, el resultado de esa mal concebida y percibida guerra a las drogas. La relación entre estos dos

fenómenos, la legislación antidroga y la población carcelaria, ha sido el objeto de trabajo de un grupo de investigadores, cuyas conclusiones y puntos comunes voy a presentar.<sup>1</sup>

El equipo está formado por ocho personas de ocho países distintos de la región, todos afectados en mayor o menor medida por el narcotráfico y las políticas diseñadas supuestamente para combatirlo. En este grupo de países no están Venezuela, Paraguay, Chile, las Guayanas ni los países de Centroamérica. No quiere decir que estos países no sufran de las mismas consecuencias del fenómeno, pero por ahora no ha sido posible incluirlos.

Se escucha a menudo la afirmación de que cualquier diseño de política pública no puede estar ajeno a la necesidad de basarse en evidencia científica y en prácticas comprobadamente eficaces. En el campo de las políticas de drogas parece no importar si funcionan, si logran sus objetivos, sino más bien que se mantienen, defienden lo mismo como si fuera una ley de gravedad. La realidad de la persecución penal del narcotráfico es un buen ejemplo de esta práctica. No existían datos publicados sobre población carcelaria condenada o sospechada de delitos relacionados a las drogas. Aunque hemos escuchado que los que están en la cárcel pertenecen o son nada más y nada menos que el eslabón más débil de la cadena del narcotráfico, nunca pudimos comprobar con cifras duras que efectivamente sea así.

Algunos académicos desarrollaron estudios en diversos países que han sido muy buenos, pero jamás se pretendió juntar estos datos, para permitir una comparación regional. Queremos, con este estudio, demostrar a los responsables que definen las políticas en cada país que las leyes actuales conllevan consecuencias que no pueden ser consideradas deseables. En otras palabras, que nunca ha sido la idea que un control sobre el mercado de drogas cause tanto dolor humano y viole las obligaciones asumidas por los gobiernos de garantizar los derechos civiles y humanos de su ciudadanía.

Estos son algunos de los puntos que tienen en común los distintos países en estudio:

■ A partir de las décadas de 1970 y 1980 existe una tendencia en la región que ha hecho un mayor uso del derecho penal y de una legislación punitiva para enfrentar el consumo, el tráfico y la producción de drogas ilícitas. Esa tendencia se dio en países donde el mercado de drogas fue o es aún de poca envergadura. La relación entre el desafío puesto por el narcotráfico o la incidencia de un consumo abusivo en la población, y las penas prescriptas por las leyes y códigos penales, se caracteriza por una desproporción alarmante.

<sup>1</sup> N. de la E.: El estudio completo fue publicado luego de esta presentación: Pien Metaal y Coletta Youngers (ed.) (2010): *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Transnational Institute and Washington Office on Latin America.

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

■ Es alta la probabilidad de que la sobrepoblación y el hacinamiento carcelario que existe en varios países de la región sea una consecuencia directa de la aplicación de esta persecución penal al mercado de las drogas. Además, es responsable por la congestión del sistema judicial y la perseverancia de un estado de excepción, algo que se suponía parte de la historia.

■ En ningún país existe una adecuada infraestructura para poder garantizar los derechos mínimos de los y las detenidas. Esto se debe, en gran parte, a un presupuesto totalmente inferior a lo requerido para poder cumplir con esta obligación. También en algunos países de la región es inminente la privatización de los centros penitenciarios.

■ La detención preventiva, como resultado de la misma legislación o como consecuencia de la lentitud de la justicia, es un fenómeno tan ampliamente presente en la región que resulta alarmante. En varios países, la detención preventiva se aplica como regla en los casos de sospechados de delitos por drogas, por ser considerado delito de gravedad. En algunos casos, llega a tal extremo que se cumplen penas mayores a las que el juez impone.

■ En varios países, las condiciones aplicadas a detenidos y condenados por delitos de drogas son comparables con delitos graves, como el asesinato, la violación, el secuestro o el terrorismo. El trato dentro de los establecimientos penales y el acceso a normas especiales, como por ejemplo la liberación por buena conducta o detención domiciliaria, no se aplican a los encarcelados por drogas. Es llamativa la inexistencia de penas alternativas.

■ Existe un gran porcentaje de personas en las cárceles por simple posesión de drogas, ya sea por ser consumidor o por haber sido detenido con una pequeña cantidad de droga. La falta de distinción entre un consumidor –figura que en varios países no se penaliza– y un traficante de drogas es tan poco desarrollada en las leyes y tan mal interpretada por la policía y los operadores de justicia, que termina por ser un fenómeno muy extendido.

■ No existe una distinción entre el tipo de droga y el riesgo que conlleva a la salud. A la hora de perseguir y detener a una persona, los fumadores de cannabis son particularmente estigmatizados y hostigados por la policía, y existen muchas personas encarceladas por cultivo o por simple posesión de esta sustancia.

■ En casi todos los países existen tres fenómenos relativamente nuevos y de alguna manera relacionados. El primero tiene que ver con el género: aunque sigue siendo inferior a la población masculina, el porcentaje de mujeres en los centros penitenciarios aumentó y en algunos casos de manera considera-

ble. El otro fenómeno relativamente nuevo es la figura del *courier* o mula, se trata de personas detenidas por posesión de drogas transportándolas de un lado a otro, dentro o hacia el exterior del país. En varios casos las personas no sabían de las cargas, en otros sí pero no se habían dado cuenta del riesgo que corrían. La mayoría cobraba un salario por el traslado. El último fenómeno relativamente nuevo es el incremento de personas extranjeras en las cárceles. La relación entre estos tres fenómenos es que en las cárceles cada vez se ve con mayor frecuencia a mujeres extranjeras detenidas como mulas.

■ Finalmente, y quizá la parte clave de las conclusiones, es el perfil social de las personas encarceladas, con o sin condena: baja educación, pocos recursos, desempleado o con trabajos informales, de familias separadas o mujeres solas a cargo del cuidado de los hijos. Este perfil social afirma la percepción que teníamos de que el peso de la ley cae sobre una parte muy específica de la población.

Los datos globales que se han conseguido, algunos con mucha dificultad, nos permiten compartir una situación endémica en la región, el uso desproporcionado del derecho penal para enfrentar los delitos relacionados con el mercado de las drogas, y la existencia de violaciones a los derechos humanos justificados con una guerra a las drogas en la que nadie gana y muchos pierden.

■  
Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

# TRÁFICO Y CONSTITUCIÓN: UN ESTUDIO JURÍDICO-SOCIAL SOBRE EL ARTÍCULO 33 DE LA LEY DE DROGAS BRASILEÑA Y SU APLICACIÓN POR LOS JUECES DE RIO DE JANEIRO Y BRASILIA

**Luciana Boiteux**

Magister en Derecho por la Universidad Estatal de Río de Janeiro (Brasil) y doctora en Derecho por la de São Paulo. Profesora adjunta de Derecho Penal de la Universidad Federal de Río de Janeiro y coordinadora del Grupo de Investigación en Política de Drogas y Derechos Humanos de la Facultad Nacional de Derecho de esa casa de estudios.

Voy a presentar los resultados de una investigación acerca de la aplicación del artículo 33 de la Ley de Drogas brasileña, tomando como caso y ámbito de aplicación las ciudades de Río de Janeiro y Brasilia.

Este estudio fue realizado durante 2008 y 2009 por el Grupo de Investigación en Política de Drogas y Derechos Humanos, de la Universidad Federal de Río de Janeiro, y la Universidad de Brasilia, con el financiamiento de la Secretaría de Asuntos Legislativos del Ministerio de Justicia del Brasil, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico.<sup>1</sup>

Planteamos un problema de la política actual: ¿el aumento de las penas sirve como prevención del delito? Entiendo que estas medidas suelen ser ineficaces y no resuelven el problema, operan con un efecto simbólico pero inocuo respecto a la disminución del delito. Al asignarse responsabilidades a la justicia penal, la sociedad se exime de la responsabilidad por los conflictos

<sup>1</sup> La coordinación del estudio estuvo a cargo de las profesoras Luciana Boiteux y Ela Wiecko (Universidad de Brasilia). Los docentes investigadores fueron Beatriz Vargas (Universidad de Brasilia), Vanessa Oliveira Batista, Geraldo Prado y Carlos Eduardo Japiassu (Universidad Federal de Río de Janeiro). El tratamiento estadístico estuvo a cargo de René Raupp.



que no es capaz de resolver: solamente las políticas públicas no penales tienen condiciones de prevenir los daños y reducir los delitos.

Las políticas públicas no penales han sido las únicas que han demostrado una minimización del conflicto, una mejor calidad de vida de las personas y un aumento en la garantía de cumplimiento de los derechos de los usuarios y las demás personas.

Respecto de las políticas de drogas, Brasil no está entre los países más represivos, tiene más bien una política moderada; la política oficial con respecto al uso de drogas incluye estrategias de reducción de daños y el uso de drogas está despenalizado, pero en términos de tráfico tenemos penas muy elevadas.

La Ley de Drogas 11.343, de 2006, al tiempo que despenalizó y mantuvo medidas de tipo alternativo dentro del sistema penal, llevó la pena mínima por tráfico de drogas a 5 años. Aunque haya alguna posibilidad de reducción de esa pena para los supuestos pequeños traficantes, la investigación demostró una dificultad para su aplicación.

La estrategia de la Ley fue la de fraccionar las medidas y marcar diferencias entre quien usa y quien vende: al usuario (artículo 28) se le aplica un paradigma despenalizador, aunque dentro del sistema penal –aplicación de penas alternativas–, y al traficante (artículo 33) se le aplica el paradigma penal –aumento de la severidad de las penas–. Nuestras penas, en relación a las aplicadas en Europa, son mucho más elevadas, y esta política genera un encarcelamiento en masa, una situación que se observa en los Estados Unidos y también aquí, en América Latina y en Brasil. Los datos muestran que el tráfico de drogas representa el segundo lugar dentro de las personas detenidas. A partir de la década de 1990, tanto en Brasil como en el resto de América Latina, aumentaron notablemente los presos por tráfico de drogas: la cifra solo es superada por los delitos contra la propiedad, que son los casos habituales de nuestras prisiones.

Aunque no voy a detenerme en ello, también hay que tener presente la cuestión de la seguridad pública en Brasil. La represión a los traficantes de drogas sirve como pretexto para una mayor intervención militar y policial, y un aumento de la letalidad de la policía. Río de Janeiro es tristemente un ejemplo de eso, las acciones contra el tráfico no inhiben el mercado ilícito y muchas personas mueren a consecuencia del intercambio de tiros; como se dice popularmente en Río, “pocos son presos, muchos son muertos”. Existen numerosas víctimas de esta guerra contra las drogas y algunas de ellas son registradas por el sistema como daños ocasionales, como por ejemplo, la resistencia al arresto. Una encuesta bastante desarrollada en Brasil demostró la gravedad de la situación en la que, a través de la figura de “actos de resistencia a la autoridad”, se esconden aquellas muertes que no son ni siquiera contabilizadas porque no son específicas y que se justifican como consecuencias del accionar policial.

Por otro lado tenemos las estrategias de reducción de daños como una alternativa viable para hacer frente a la reducción del consumo de drogas y a

la minimización de los riesgos, que incluye pensar a la prevención desde el acceso a la información, el tratamiento voluntario y la atención social. No hay forma de que funcione la prevención a través del castigo, no hay ninguna evidencia de que la criminalización cambie el comportamiento de las personas. Para pensar en una prevención efectiva hay que mejorar las condiciones de vida del usuario fuera de la cárcel.

Con estos datos por delante, avanzamos hacia una investigación de campo sobre la aplicación del artículo 33 de la Ley de Drogas brasileña, que al igual que casi todas las leyes en América Latina se caracteriza por utilizar una multiplicidad de verbos: “importar, exportar, remitir, preparar, producir, fabricar, adquirir, vender, exponer para la venta, ofrecer, tener en depósito, transportar, llevar con uno, guardar, prescribir, suministrar, entregar para el consumo o proporcionar drogas, aunque sea gratuitamente, sin autorización o en desacuerdo con las determinaciones legales o reglamentarias”, cuya pena será de reclusión de 5 a 15 años y pago de 500 a 1.500 días-multa.

Y el inciso cuarto del mismo artículo señala: “En los delitos definidos en la introducción y en el párrafo 1 del presente artículo, las penas podrán ser reducidas de un sexto a dos tercios, no siendo permitida la conversión en penas restrictivas de derechos, si el agente es primario, de buenos antecedentes, no se dedique a actividades criminales ni sea integrante de organización criminal”. Este apartado debería aplicarse a los pequeños traficantes para recibir una pena menor pero, aunque se reduce la pena, implica prisión. La pena puede llegar hasta 1 año y 8 meses, y en este caso no valen las medidas alternativas.

La Ley tiene varios problemas técnicos, no determina parámetros seguros para distinguir entre usuario, traficante de pequeñas cantidades, mediano o gran traficante. Por tanto, la aplicación de la reducción de la pena no se basa en datos objetivos y es la policía, primera autoridad en entrar en contacto con la situación, la que tipifica el delito. Esto genera muchos problemas, en Brasil tenemos muchos usuarios condenados como traficantes porque, aunque no tengamos datos estadísticos, es algo lógico que quien es pobre y usuario vende en pequeñas cantidades para sostener su propio consumo. Esta situación debe ser profundizada a través de investigaciones que nos aporten mejores datos al respecto.

Nuestro foco de investigación fue averiguar el perfil poblacional de quién fue condenado por tráfico de drogas en Río de Janeiro y Brasilia. Se consideraron las sentencias y acuerdos desde el 7 de octubre de 2006 –es decir, después de la entrada en vigor de la Ley– hasta el 31 de mayo de 2008, y se hizo un análisis del tipo y cantidad de droga, el motivo de la acusación, si el sujeto es detenido por primera vez o no, la pena aplicada, y las circunstancias de la prisión. Se trabajó sobre un total de 730 sentencias. En las tablas 1 y 2 se observan algunos de los resultados alcanzados.

**Tabla 1**  
Distribución de frecuencia de cantidad de marihuana en Río de Janeiro

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Hasta 1 gramo	2	1,1	1,1
De 1 a 10 gramos	12	6,7	7,9
De 10 a 100 gramos	75	42,1	50,0
De 100 gramos a 1 kilo	56	31,5	81,5
De 1 a 10 kilos	24	13,5	94,9
De 10 a 100 kilos	6	3,4	98,3
Más de 100 kilos	3	1,7	100,0
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100</b>	

Obs.: La eventual diferencia entre la suma de los porcentajes parciales y el total respectivo proviene del redondeo.

**Tabla 2**  
Distribución de frecuencia de cantidad de cocaína en Río de Janeiro

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Hasta 1 gramo	13	8,6	8,6
De 1 a 10 gramos	40	26,5	35,1
De 10 a 100 gramos	59	39,1	74,2
De 100 gramos a 1 kilo	23	15,2	89,4
De 1 a 10 kilos	16	10,6	100,0
De 10 a 100 kilos	-	-	-
Más de 100 kilos	-	-	-
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100</b>	

Un resumen de los datos nos indica que en Río de Janeiro, de los condenados por tráfico según el artículo 33 de la Ley: el 66,4% son infractores por primera vez; el 91,9% fueron presos en estado de flagrancia, debido a que la policía ya sabía dónde encontrarlos; el 60,8% estaban solos al momento de la detención, lo que se contradice con el discurso de los medios de comunicación acerca de las “bandas de traficantes”; el 65,4% de las sentencias responden solamente al delito de tráfico (sin asociación o banda); el 15,8% el delito fue en concurso con el de asociación y el 14% en concurso con posesión de armas de fuego.

El 83,9% de las sentencias ha sido sobre hombres, con un 71% de prevalencia de cocaína; el 50% con cantidades de marihuana de hasta 104 gramos; el 50%

con cantidades de cocaína de hasta 21,9 gramos; el 58% de las sentencias fueron penas de 5 años o más; y el 41,6% recibieron penas por debajo de los 5 años.

En el 44,3% de los casos hubo una reducción de la pena en base al párrafo 4º del artículo 33. Sin embargo, en el 55,7% de los casos esa reducción fue negada, y sobre estos, el 36,2% fue sin justificación y el 20%, por dedicarse a “actividades criminales sin condena anterior, en base a mera sospecha”.

Brasilia tiene un número más pequeño de acusados principales (38% de las sentencias) pero mantiene el mismo número de acusados detenidos en estado de flagrancia (83,5%); el 60% fueron presos estando solos; el 72,2% de las sentencias responden solamente por el delito de tráfico y el 10,8% en concurso con asociación; solo el 0,6% están presos por portación de armas. Sobre esto hay que destacar que en Brasilia hay menos violencia relacionada con el tráfico que en Rio de Janeiro. También se mantiene la prevalencia del género masculino, la mayor prevalencia de sustancias fue de marihuana (46,9% de los casos) y el 68,7% refiere a cantidades menores a 100 gramos; en el 50% de las sentencias había presencia de cocaína de hasta 106 gramos, y el 50,3% de las sentencias fueron por encima de los 5 años de prisión.

Las conclusiones a las que arribamos nos permiten afirmar que ni la violencia ni la represión inhiben el consumo o venta de drogas ilícitas. La política de drogas con relación a los traficantes debe proponer alternativas o salidas para quienes se dedican a esas actividades ilícitas, pues al incluirse en las redes de tráfico y crimen que existen en las cárceles, la penalización refuerza aún más su criminalidad.

Si lo comparamos con parámetros internacionales, nuestro artículo 33 no pasa ninguna prueba de constitucionalidad, porque es de un tipo abierto y esa ausencia de individualización y descripción del “hecho” típico viola los derechos humanos básicos de las personas.

La pena es desproporcionada, pues es prácticamente equiparable a la de homicidio, por lo que la torna en una ley inapropiada para atender el fenómeno que pretende controlar. Esta ley, al homogeneizar las penas hacia arriba, convierte a todos en traficantes, peligrosos y pasibles de recibir una pena alta.

Esta investigación demostró, y estoy segura que pasaría lo mismo en otros Estados, que la mayoría de los condenados son elementos descartables en la estructura del tráfico, detenidos solos, en estado de flagrancia, desarmados y con pequeñas cantidades de drogas. Esta población sufre altas penas de prisión, y saldrá de la cárcel estigmatizada y sin perspectiva de futuro.

Brasil debería seguir el ejemplo de otros países, como Portugal, que despenalizó el consumo e identificó al usuario como aquel que tiene consigo hasta 10 dosis diarias de droga para consumo propio. O el caso de España, que tiene una escala penal diferenciada para el pequeño, el mediano y el gran traficante, y distingue las drogas blandas de las duras.

Brasil tiene que seguir el ejemplo de Portugal y comenzar a despenalizar el consumo de drogas, porque a partir de la determinación objetiva entre

traficantes y usuarios podemos reducir el número y los daños de aquellos que son confundidos con traficantes de drogas, y podríamos proporcionarles atención y tratamiento a los que lo necesitan. El Estado brasileño aplica políticas criminales para la gran mayoría de la población. No garantiza atención médica ni social a los más vulnerables, es la policía la política que más les llega, la política que más se utiliza en estos casos es la política penal.

Está demostrado que el derecho penal debe ser utilizado como el último recurso, en los casos más graves. Quizá si seguimos el ejemplo de Portugal, y la policía deja de perseguir al usuario y al pequeño traficante, tal vez se pueda conseguir apresar mayor cantidad de drogas y mayores responsables del tráfico.

Por otra parte, es necesario aumentar el presupuesto para las acciones de reducción de daños, que ya es una estrategia reconocida en la Ley. Y provocar un mayor debate acerca de la descriminalización del uso y la posesión no problemática de drogas, con especial énfasis en el cannabis. En Brasil no existe un problema con la heroína, pero sí con la marihuana, la cocaína y con otras drogas que son consideradas lícitas. Si tuviésemos que pensar en una política gradual, podríamos descriminalizar la cuestión del cannabis tanto en su uso como en su plantación para consumo personal, y considerar esto como una medida de reducción de daños. Al autorizar la plantación para consumo personal se está reduciendo la organización criminal, que está detrás y se sustenta en la prohibición.

En el nivel intermedio del tráfico hay que pensar en la proporcionalidad de las penas, en diferenciar entre drogas blandas y duras, y el grado de participación del detenido en la cadena del tráfico y en trabajar en pos de las penas alternativas para el pequeño traficante o para el que es usuario –incluyendo la sustitución de la pena por medidas que contemplen la calificación profesional y la facilitación del empleo–, evitándose así la pena de prisión por inútil y cara. Lo que se gasta por mandar una persona a la cárcel podría ser invertido en tratamientos. No tengo dudas de que todavía hay mucha resistencia sobre estos cambios en las leyes, son muchos los que todavía creen que el castigo es el mejor remedio, pero es necesario profundizar este debate.

Yo formo parte de un grupo que está trabajando en la mejora de la redacción del párrafo 4 del artículo 33, para delimitar de forma clara quien es el pequeño traficante. Y esto es parte de las medidas necesarias que hay que tomar. Junto con ello, es necesario reducir las penas para quienes cometen delito por primera vez y para quienes tienen buenos antecedentes.

De todos modos, me gustaría concluir diciendo que tales medidas son en realidad paliativos, ciertamente con estas medidas no seremos capaces de conseguir un mundo sin drogas, que es la meta original de las Naciones Unidas, pero conseguiríamos mantener una adecuación a los principios constitucionales que están en la Constitución de Brasil, que también son parte de los tratados de derechos humanos que son ignorados por la comunidad internacional cuando se trata de las políticas de drogas.

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

Los derechos humanos tienen que dejar de ser un tabú en la política de drogas y la reducción de daños tiene que estar en todos los documentos internacionales. Estamos frente a una burocracia y una hipocresía internacional que se alimenta de la prohibición. En la reunión de Viena de 2009 hubo intensos debates, pero también hubo un bloque de países que mantienen esa burocracia. Tenemos que decir esto, la gente necesita movilizarse, creer que la transformación es posible y que es necesario ir más allá. Debatir sobre un modelo que tiene más de 100 años de existencia y que no ha resuelto el problema.

El actual modelo es inhumano y viola los derechos humanos, atenta contra la salud pública y es ineficaz. Es irracional, basado en el miedo, el pánico y los prejuicios contra los usuarios. Es un modelo que trabaja sobre categorías de drogas lícitas e ilícitas que no son reales y no trabaja sobre la base de estudios científicos. Es un modelo sinónimo de una cultura del siglo XX que debe ser superado. La política de drogas debe ser más humana y racional, debe centrarse en la salud pública y no en la represión.

■

Rí



# BRECHAS Y REFLEXIONES SOBRE LAS ADICCIONES EN LUGARES DE ENCIERRO

**Martín Vázquez Acuña**

Abogado. Juez del Tribunal Oral en lo Criminal N° 1 de la Capital Federal. Miembro del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, Jefatura del Gabinete de Ministros de la República Argentina. Ha desempeñado diversas actividades docentes relacionadas con el Derecho Penal, la Criminología y el Derecho Procesal Penal en distintas universidades nacionales y privadas.

La circunstancia de que una persona esté privada de su libertad no implica la supresión de los derechos y garantías que hacen a la dignidad de las personas. Dignidad que se encuentra garantizada por nuestra Constitución y por los pactos y convenciones de derechos humanos; esta circunstancia obliga al Estado, como garante, a promover los derechos de las personas en encierro, como el derecho a la vida, a la integridad física, a la dignidad, al acceso a la salud y a otros que hacen de soporte de estos derechos.

Entiendo que cualquier trabajo sobre las cárceles requiere el conocimiento del espacio en que se interviene. En la República Argentina contamos con, aproximadamente, 65.000 detenidos, sobre una población cercana a los 40.000.000 de habitantes. Según los datos que nos brinda del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, la tasa poblacional es de 154 detenidos cada 100.000 habitantes. De los encarcelados, el 51,6% está en situación de prisión preventiva y el 5,4% son extranjeros. El 5,5% de la población carcelaria son mujeres (4.200 detenidas), de las cuales el 40% son extranjeras y el 80% están detenidas por participar en el tráfico de drogas (como “multitas”, mayormente). Existían, al 31 de diciembre de 2006, 211 establecimientos penitenciarios: 32 cárceles federales y 179 provinciales.

Según informes del Centro de Estudios Legales y Sociales, el sistema federal, al mes de julio de 2009 contaba con 9.269 detenidos; y el provincial, aproximadamente 26.400, más unos 5.000 que están alojados en comisarías. Tenemos una superpoblación de alrededor del 55%, según informa la Asociación Unidos por la Justicia, que se origina por un déficit notable de plazas en las unidades de detención de las provincias, principalmente en la de Bue-



nos Aires, sin contar los que están detenidos en las comisarías. La prevalencia de VIH ronda entre el 3 y el 10%; esta información se releva a partir del pedido de medicamentos o cuando ellos mismos, voluntariamente, piden hacerse el testeo. La prevalencia de tuberculosis en las cárceles federales es de 0,55%, de hepatitis C se estima en 1,61% y de hepatitis B, en 1,24%.

Si bien el marco normativo de pactos y convenciones relacionado con prisiones es bien conocido,<sup>1</sup> me gustaría hacer énfasis en dos instrumentos que no revisten carácter obligatorio: el titulado Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de su Libertad en las Américas, aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su 131 período ordinario de sesiones celebrado en marzo de 2008 (este manual debe servir de referencia a quienes les toca controlar las cárceles, a los profesionales que trabajen en ellas o las visiten; asimismo, debe ser accesible a todas las personas privadas de su libertad), y el Protocolo de Estambul, de 2000, un instrumento que nos brinda los parámetros que deben utilizarse para denunciar toda violación de trato inhumano o tortura en las cárceles.

Voy a hacer énfasis en el derecho a la salud en las unidades carcelarias que, decía el maestro Germán Bidart Campos, resulta ser corolario del derecho a la vida y encuentra reconocimiento implícito en nuestra Constitución. Por otra parte, este derecho se encuentra en la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25; en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12; en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12; y en la “Convención Internacional de Derechos del Niño”, artículo 24.

A la persona privada de su libertad debe brindársele una asistencia médica integral y su accesibilidad a la consulta y los tratamientos prescritos no puede ser interferida. Los estudios, diagnósticos, tratamientos y medicamentos indicados, deben ser suministrados sin cargo y se deben respetar sus derechos como paciente.<sup>2</sup>

La persona que está en un encierro, ya sea como condenado o procesado, tiene derecho a ser trasladada a un establecimiento penitenciario especializado de carácter asistencial o a un centro apropiado del medio libre cuando

<sup>1</sup> Referimos particularmente aquellas que revisten un carácter obligatorio: Constitución Nacional (art. 18); Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales; Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Facultativo de San Salvador (Salvador); Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y su Protocolo Facultativo; Convención sobre los Derechos del Niño (art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional); Ley 24.660 y Reglamento General de Procesados (Decreto 303 del 26 de marzo de 1996) y todas las leyes provinciales de ejecución que se han adherido a aquella; Ley 12.556 de la provincia de Buenos Aires.

<sup>2</sup> Jurisprudencia: fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Argentina en el caso “Verbitsky” del 3 de mayo de 2005 y en el caso “Hermosa Luis Alberto s/ insania” del 12 de junio de 2007; fallos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: Medidas Cautelares en el caso de las “Penitenciarías de Mendoza”, aún vigentes y caso “García Asto y Ramírez Rojas c/ Perú”.

la naturaleza del caso así lo aconseje. En el segundo de los supuestos se requerirá autorización según lo manda la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad 24.660, a la cual se adhirieron todas las provincias, salvo la de Buenos Aires. El interno puede requerir, a su exclusivo cargo o en el marco de la cobertura asistencial de la obra social o empresa prepaga, la atención de profesionales privados y la autoridad penitenciaria debe dar curso al pedido, salvo que por razones fundadas el juez entienda que no corresponde.

En el supuesto caso de que hubiera inasistencia, la persona privadas de libertad con uso problemático de drogas puede demandar:

- Ser atendido extramuros en alguna institución pública o privada (a su cargo o, si tuviera cobertura, de la obra social o empresa prepaga).
- Ser asistido por profesionales especializados en la materia en el propio espacio carcelario (a su cargo, por cuenta de la obra social o prepaga, o gratuitamente, según sea el caso).
- Ser atendido gratuitamente en una institución privada a cargo del Estado cuando el Servicio Penitenciario y los dispositivos públicos de atención de la comunidad no pudieran asistirlo.

En el espacio carcelario se originan múltiples cuestiones éticas en lo que concierne a la actividad asistencial. El personal sanitario de una prisión puede entrar a menudo en conflicto con las consideraciones de la dirección y seguridad de la prisión. Ello puede dar lugar a difíciles cuestiones y decisiones éticas. Con el fin de garantizar su independencia en los asuntos de asistencia sanitaria se considera importante que dicho personal sea alineado tan estrechamente como sea posible con el servicio de asistencia sanitaria de la comunidad en general. Es así que, en nuestra provincia de Buenos Aires, se ha creado la Dirección de Salud Penitenciaria, independiente del Servicio Penitenciario Bonaerense, aunque bajo la órbita del Ministerio de Justicia.

Cualquiera sea el puesto bajo el cual el médico lleva a cabo su actividad, sus decisiones clínicas deben adoptarse tan solo con criterios médicos y no de seguridad. Por ejemplo, en el tema de los traslados a los dispositivos asistenciales en la comunidad, el director de la unidad penitenciaria puede impedir o demorar la derivación de un detenido argumentando razones de seguridad, cuando debería prevalecer el derecho a la integridad física y psíquica.

Las agencias de la ONU y la Cruz Roja están promoviendo que el personal asistencial de las unidades carcelarias no dependa de los servicios penitenciarios, porque hay cuestiones y dilemas éticos que se pueden plantear, que hacen a la decisión y autonomía del profesional y también al derecho a proteger a ese paciente. Porque esa persona es un paciente, además de estar preso. Cuando la ética y la ley están en contradicción pueden plantearse situaciones

críticas. Pueden darse circunstancias en las que el deber ético obligue al profesional de la salud a no obedecer a una determinada ley, como por ejemplo, una obligación legal de revelar información médica confidencial acerca de un paciente.

Las declaraciones internacionales y nacionales de preceptos éticos mantienen un consenso en el sentido de que otros imperativos, incluida la ley, no pueden obligar al profesional de la salud a actuar en contra de la ética médica y de su conciencia. En esos casos, este deberá negarse a cumplir una ley o un reglamento en lugar de comprometer los preceptos básicos o exponer a sus pacientes a un grave peligro (Protocolo de Estambul). Se advierte una incompatibilidad ética cuando el profesional que asiste a la persona privada de su libertad por usos problemáticos de drogas, integra a su vez los gabinetes criminológicos.

Los profesionales de la salud tienen una doble obligación: una ante su paciente, la de promover los mejores intereses de esa persona, y otra ante la sociedad, la de asegurar el triunfo de la justicia y prevenir violaciones de los derechos humanos. Los dilemas resultantes de esta doble obligación se plantean con particular agudeza para los profesionales de la salud que trabajan para servicios de policía, ejército u otros servicios de seguridad, o para el sistema penitenciario. Los intereses de su empleador y de sus colegas no médicos pueden entrar en colisión con los mejores intereses de los pacientes detenidos. Cualesquiera que sean las circunstancias de su empleo, todo profesional de la salud tiene el deber fundamental de cuidar a las personas a las que examina o trata. No pueden ser obligados, ni desde el aspecto contractual ni por ninguna otra consideración, a comprometer su independencia profesional. Es preciso que realicen una evaluación objetiva de los intereses sanitarios de sus pacientes y actúen en consecuencia (Protocolo de Estambul).

Quisiera analizar ahora algunos de los problemas que pueden surgir en la relación médico-paciente, especialmente en lo que se refiere a las adicciones. Las personas privadas de su libertad, al igual que cualquier otro paciente, tienen libertad para decidir si van someterse a un tratamiento, el derecho a informarse sobre este y a prestar el debido consentimiento (principio de autonomía ética) y que se respete su intimidad.

El secreto médico deberá ser observado en las prisiones de la misma forma que extramuros. El médico es responsable de la custodia de las historias clínicas y la obligación de confidencialidad es vulnerada cuando nuestra Ley de Ejecución exige que la copia de la historia clínica integre la historia criminológica. La historia clínica le pertenece al detenido, no al médico ni al servicio penitenciario.

En materia de asistencia de adicciones, la Ley 24.660 artículo 185 inciso J prevé que todo establecimiento contará con secciones separadas e independientes para el tratamiento de internos drogodependientes. El Decreto 303 de 1996, artículo 129 párrafo 2, establece que se procurará persuadir a los internos con antecedentes en el consumo de estupefacientes para que con-

sientan y cooperen con el tratamiento específico. En la provincia de Buenos Aires, la Ley 12.256, de Ejecución Penal, prescribe un espacio separado para la asistencia de los presos con uso problemático de drogas.

Sin embargo, la realidad de las cárceles federales es que allí se cuenta con 148 plazas en las comunidades terapéuticas y no se ofrece otra forma de tratamiento. En la provincia de Buenos Aires la situación es más crítica, el servicio penitenciario refiere tener solamente 648 cupos, aunque también brinda una modalidad de abordaje ambulatoria. Lo cierto es que al carecer nuestro país de un plan nacional de atención integral del usuario de drogas, ello se refleja en las cárceles. Dependemos efectivamente de los dispositivos que tenemos dentro de las cárceles, que son muy pocos, como ya lo he señalado, y de las instituciones asistenciales extramurales con las cuales la articulación es deficiente.

Por último, como colofón, toda intervención en las cárceles debe tener en consideración el ámbito donde se realiza, principalmente las carencias de todo tipo que encierran dicho tipo de instituciones y la violencia intramural. El Estado es responsable de la salud de las personas privadas de su libertad, razón por la cual debe brindar protección similar a la que se da al resto de la población, teniendo en consideración la imposibilidad física y económica de acceder a este derecho (principio de equidad y universalidad).

La salud de la población carcelaria es materia de políticas públicas que deben ser coordinadas conjuntamente por el Ministerio de Justicia de cada jurisdicción, las agencias responsables de la Salud Pública y de inclusión social (desarrollo, educación, trabajo). De lo contrario, tenemos el efecto “calesita”. Nuestros jóvenes en situación de calle y con uso problemático de drogas seleccionados por la agencia policial son ingresados en un instituto de “menores” o una comunidad terapéutica; luego son liberados o “rehabilitados” y vuelven a su casa, donde no encuentran ningún grupo de referencia que los contenga y para, posteriormente, ser seleccionados nuevamente por la comisión de algún delito e ingresados a una cárcel de “mayores”. Este es el efecto “calesita” al cual hago referencia. Si no hay inclusión ni políticas de desarrollo, todos los tratamientos fracasarán inevitablemente.

También los responsables del derecho al acceso a la salud deben brindar, tanto en el espacio carcelario como en extramuros, las intervenciones necesarias en materia de prevención y asistencia, de modo que las personas privadas de su libertad cuenten con los recursos necesarios para hacer frente a las adicciones. Entre sus funciones se encuentra la instalación y fortalecimiento de centros asistenciales, tanto en el interior de las cárceles como en la comunidad. Debe procurarse la oferta de diferentes modelos comprobados y avalados, entre ellos el de reducción de daños, sobre la base de la diversidad, los variados contextos en los que se presentan las problemáticas, las características de la adicción y la singularidad de las personas. Este punto fue aprobado por las últimas dos reuniones de jueces de ejecución y de jueces orales en el interior de todo el país.

El déficit verificado en materia asistencial es responsabilidad de todos, debemos garantizarlo respetando el derecho a la salud y el principio de humanidad dentro de las cárceles. Si los profesionales que trabajan en materia asistencial no se comprometen con garantizar los derechos humanos dentro de las unidades carcelarias, y no impiden la violación y el trato inhumano que implica una celda sin agua, sin calefacción, los vidrios rotos, la comida sin calorías suficientes, no se cumple ni respeta el derecho a la salud.

Entiendo que un tema del que poco se habla, pero al que debo referirme, es el hacinamiento carcelario. Este es responsable de gran parte de la falta de respuesta de las agencias estatales y de la violencia intramural. Las medidas alternativas a la prisión devienen en una herramienta jurídica indispensable para lograr disminuir la población carcelaria; la prisión preventiva debería ser una instancia excepcional y por un tiempo limitado.

Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

# VOCES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Las caracteriza su vinculación con la realidad de las calles. Conocen a la población, a las personas de carne y hueso que tienen marcadas en el cuerpo las huellas de las políticas de drogas. Las organizaciones de la sociedad civil se constituyeron en América Latina en un actor político clave a la hora de denunciar y hacer visibles las consecuencias concretas del paradigma punitivo, del abstencionismo y de la llamada “guerra contra las drogas”.

En muchos casos, se trata de organizaciones que llegaron a los debates estructurales sobre políticas de drogas a partir de su trabajo en *favelas*, villas miseria o barrios de la periferia. Es el caso de la brasileña Viva Río, que buscaba bajar los índices de violencia contra y entre pobres en Río de Janeiro; de la argentina Intercambios, que se inició con acciones territoriales desde la reducción de daños; o de la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social, que a partir de pensar en los tratamientos a usuarios y usuarias de drogas define la necesidad de participar de la disputa para que se abandonen las acciones punitivas que “estigmatizan, excluyen, aíslan y contribuyen a incrementar el sufrimiento social”.

Las organizaciones no gubernamentales de América Latina que trabajan por una reforma de las políticas de drogas comparten una mirada común sobre el tema, al menos en dos puntos centrales: conciben a las personas que usan drogas como sujetos con derechos y coinciden en que el abordaje de las drogas como un problema de seguridad no sólo es ineficaz, sino que además generó una gigantesca y organizada red criminal junto a un panorama devastador en términos de violaciones a los derechos humanos.

¿Qué rol cumplen las organizaciones sociales? Visibilizar los efectos de la guerra contra las drogas, dar cuenta de sus consecuencias, denunciar que los muertos, torturados y encarcelados en esta guerra los pone siempre la misma clase social. En materia de uso de drogas, apelan a sacar el tema del tabú y los prejuicios.

La sociedad civil se involucra en los debates sobre políticas de drogas para que se revisen los contenidos de las políticas públicas, y para que se revisen los procedimientos. Buscan mediar en el debate e impulsar una nueva política. Como dice Joao Pedro Padua, de Psicotropicus, se trata de que el tema

drogas sea tomado en forma seria, debatido, “traído a nuestra conciencia histórica”. Y se trata, como reclama Aram Barra, de *Youth RISE*, de que las y los jóvenes sean incluidos en los debates.

Las estrategias desplegadas para lograrlo llevan recorrido un breve pero intenso camino, que Ann Fordham ejemplifica desde la red global del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas: producción propia de evidencia científica; generación de recomendaciones para reformas legislativas; capacitación de agentes estatales de todos los niveles (desde el campo de la salud hasta policías y funcionarios de gobierno); declaraciones públicas y organización de espacios de debate; compromiso de personalidades en campañas masivas regionales y globales de opinión pública, y producción de un discurso social sobre como concretar políticas de drogas alternativas.

Son las mismas organizaciones quienes plantean, en las presentaciones que siguen, que los resultados son aún precarios, falta mayor visión estratégica en la incidencia y construcción de políticas de drogas y falta también convencimiento en muchas organizaciones en torno a la reducción de daños. Es un camino en el que el riesgo es quedarse en la foto de lo “políticamente correcto”, si no se logra que estas estrategias se traduzcan en politización, participación efectiva en la definición de políticas públicas alternativas.

En el debate sobre drogas, como en todos, no alcanza con tener los mejores argumentos. Hace falta además difundirlos hasta que se conviertan en las ideas más conocidas y más atractivas, para que salten de los foros de discusión a la realidad de las calles, a la transformación de la vida cotidiana de las personas contra las que hoy las políticas de drogas están en guerra.

## **Eva Amorín**

Trabajadora social por la Universidad de Buenos Aires (Argentina) y periodista.  
Responsable de Prensa y Comunicación de Intercambios Asociación Civil.

# ENTRE EXCITACIÓN Y TORPEZA: SOCIEDAD CIVIL Y POLÍTICA DE DROGAS

**Joao Pedro Padua**

Abogado. Magister en Derecho Constitucional y Teoría del Estado por la Pontificia Universidad Católica de Rio de Janeiro (Brasil). Director jurídico de Psicotropicus, Centro Brasileño de Política de Drogas.

## ■ Introducción: la droga tomada en serio

Una gran dificultad, sin duda, para los que cuidamos de la cuestión de las drogas, es implementar alguna forma racional y, sobre todo, continua de discusión sobre este tema. Aunque algunas instancias políticas, especialmente las que tienen las drogas como su rasgo de actuación, concuerden en discutirlo, la mayoría de sus agentes parece pensar el tema simplemente como una cuestión de policía o, peor, de guerra. En consecuencia, los que debatimos el tema drogas somos, probablemente, unos lunáticos alienados. Si tratamos de intentar ofrecer un punto de vista distinto, reformista, entonces somos, además, unos drogados. El consenso que se instaló sobre la lectura puramente criminal de la cuestión de las drogas es, probablemente, uno de los más empedernidos sucesos de la historia de las ideas políticas. Es también, probablemente, el mayor suceso en la historia de las relaciones internacionales. No existe ninguna otra (pre)concepción política que consiga unir americanos, rusos, chinos, iraníes, judíos, palestinos y cubanos.

Si pensamos que la historia de la prohibición de las drogas tiene poco menos que cien años (Scheerer, 1993), entonces este suceso político es aún más impresionante. Hay acuerdo, además, en que ha instalado una especie de tabú social, del tipo del que nos habla el psicoanálisis (Enríquez, 1983), que torna las razones por las que las drogas son prohibidas tan drásticas y completamente inaccesibles al discurso público: se tornan solamente acto, pero no palabra, tal como una representación inconsciente (Freud, 1996).



Sin embargo, para nosotros, que vemos, estudiamos y, quizás, vivenciamos el grandísimo problema en que coloca a las drogas la prohibición belicista e irracional tal como hoy se encuentra, no hay ninguna alternativa, sino procurar hacer que la cuestión de las drogas sea tomada en serio: que sea tematizada en debates por toda la esfera pública, formal e informal (Habermas, 2001), y, con eso, que sea traída de vuelta a nuestra consciencia histórica como parte de nuestra preconcepción acerca de quien somos, donde estamos y para donde vamos (Gadamer, 1996).

### ■ La sociedad civil y la política de drogas: del empresario moral al debate público

Hablando de la concepción del desvío en general, ya Howard Becker llamaba la atención sobre el hecho de que la construcción de la idea de desvío, y por consecuencia de los desviados, depende en gran medida del trabajo muchas veces silencioso, de los empresarios morales. Los creadores de las normas, decía, que son como cruzados morales: “Es apropiado pensar en reformadores [de normas] como cruzados, porque ellos típicamente creen que su misión es una misión sagrada. El prohibicionista sirve como un excelente ejemplo, como también la persona que quiere suprimir el vicio y la delincuencia sexual o la persona que quiere acabar con el juego [*gambling*]” (Becker, 1973: 148).

Gran parte de la construcción de la política de drogas, que hoy todavía tiene predominancia en el mundo se debe a la acción de los empresarios morales, especialmente los provenientes de las iglesias protestantes estadounidenses de inicios del siglo XX (Scheerer, 1993). En particular, con respecto a las políticas de drogas, parece haber una específica y nefasta conjugación de normas morales y valores éticos, de un lado, e intereses pragmáticos, de otro. Esto hace que la actual política de drogas esté “blindada” ante cualquier embestida argumentativa que no parta del principio de que las drogas son un “mal social”, como proclamaba, en 1961, el preámbulo de la Convención Única sobre Estupefacientes de la ONU.

No obstante, como decimos, es solamente en la lucha constante contra un consenso que se torna un tabú, que la actuación política alternativa en relación a la política de drogas parece poder prosperar. La continua colocación del tema en la conjugación de esferas públicas –los intercambios que tienen lugar en los cafés, las esquinas, los *shoppings*, las cenas y los almuerzos familiares, y también en los debates parlamentarios, gubernamentales y judiciales–, la posibilidad de que algo diferente aparezca es, realmente, una posibilidad.

En este sentido, la primera tarea de un activista político sobre drogas es no dejar jamás que el debate sobre la cuestión vuelva al lugar de un consenso de fondo, no alcanzado por los discursos públicos, y peor, protegido por un tabú casi secular. Es sintomático que los sectores políticos y sociales confortables

con el actual estado de las cosas busquen por todos los medios impedir, no solo que sean oídos los argumentos contrarios, sino que se instale cualquier debate público continuo. Aparentemente, no por otra razón las decisiones de la Comisión de Estupefacientes de la ONU tienen que ser tomadas por unanimidad, lo que es lo mismo que decir que ninguna decisión pública y discursivamente orientada va a ser jamás tomada, dado el natural disenso que tiene lugar en cualquier instancia deliberativa y, en último análisis, en cualquier instancia de interacción social (Martins, 2002; Gumperz, 2002).

La promoción constante de los debates y los discursos públicos sobre la cuestión de las drogas, así como sobre todas las cuestiones políticas importantes, permite, además, un punto de aproximación con la idea regulativa de una democracia deliberativa (Bohman y Rehg, 1997), en la cual la racionalidad pueda emerger de la actividad misma de intercambio de argumentos y razones en busca de un entendimiento, o una negociación, a través del discurso. Habermas (1984, 2001) ha llamado a esto “razón comunicativa”. Es esa racionalidad lo que podemos buscar en un mundo pluralista y democrático sobre la cuestión de las drogas o cualquier otra.

### ■ Pero, ¿qué hacer? Obstáculos a la formulación democrática de la política de drogas a partir de la sociedad civil

Todo lo que he dicho es tal vez muy edificante, pero permanece la cuestión de cómo concretar, a partir de la actuación de la sociedad civil, la interpenetración entre la esfera pública formal y la informal con vistas a la formación de una auténtica democracia deliberativa en la formulación e implementación de políticas de drogas. Pero antes de entrar en la cuestión propiamente dicha, me gustaría mencionar algunos obstáculos obvios que impiden, desde el inicio, una más completa y profunda inserción de los agentes de la sociedad civil en los debates sobre política de drogas, cuando estos debates efectivamente ocurren. En lo que sigue pienso principalmente en Brasil, pero creo que son obstáculos comunes a toda la América Latina, o en su mayor parte.

En primer lugar, hay una gran ausencia histórica de una cultura de actuación independiente de la sociedad civil, como tal, en lo cotidiano de la formación de opinión y voluntad política del Estado. En América Latina hay Estados formados a partir del tope de la pirámide social, en un movimiento céntrico y circular en el cual es el poder político mismo, y no el cuerpo de ciudadanos, el que legitima su propio ejercicio. La idea de la poliarquía de Dahl (1971) o la de democracia deliberativa que venimos defendiendo son, en América Latina, casi enteramente desconocidas (Avritzer, 1997). Parecería que solo se habla de democracia cuando hay elecciones y en los países en que las hay. Al mismo tiempo, el acceso a las dinámicas de poder es desigual y privilegia algunos tipos de empresarios morales que tienen alguna facilidad

estamental para este acceso. En este sentido, no basta actuar ante la opinión pública: es necesario hacer que la opinión pública efectivamente participe de la formación democrática de las decisiones políticas.

En segundo lugar, la falta de una cultura y de normas sociales de actuación democrática permanente favorecen la formación de una imagen excesivamente pragmática de la actividad política, centrada casi totalmente en la victoria electoral como muestra de una estrategia exitosa, y en el dominio personal sobre la mayor cantidad posible de espacios de poder. Por eso, la responsabilidad (*accountability*) de los agentes políticos, incluso los más dependientes de los votos, como los parlamentarios, es bien limitada. Así, no es suficiente que la actuación de la sociedad civil participe de la toma de decisiones políticas: es necesario que la esfera pública formal, donde tales decisiones son en última instancia tomadas, se sienta realmente presionada, acosada por la esfera pública informal en la que participa la sociedad civil.

En último lugar, hay también el siempre dramático problema de la falta de dinero para el financiamiento de las asociaciones y demás instituciones de la sociedad civil. La falta de cultura de asociacionismo crea también una desconfianza que se va a mostrar en la poca disposición del ciudadano común en donar su dinero a una institución cualquiera, aun cuando concuerde con las posiciones y postulaciones político-sociales que esta se proponga defender. A eso se suma la poca cantidad de este tipo de instituciones sociales, privadas pero de interés público, y el poco dinero que, en general, la sociedad tiene para donar, aunque fuera su intención.

### ■ La esperanza es lo último que se pierde

Frente a obstáculos históricos y contemporáneos que se oponen a la actuación de la sociedad civil, especialmente en el tema drogas, uno se ve en una situación de gran angustia. Pero, como decimos en Brasil, la esperanza es lo último que se pierde. Así que podemos tener algunas estrategias interesantes a utilizar antes de que nos quedemos totalmente inertes por causa del fracaso.

Desde el punto de vista internacional, la participación de la sociedad civil en los procesos del sistema ONU de drogas (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Oficina de la ONU contra las Drogas y el Delito, Comisión de Estupefacientes) está ahora consolidada y es creciente. Cada año más ONG participan de la reunión de la Comisión de Estupefacientes y ganan, esporádicamente, derecho a voz. En el proceso de revisión de las metas de la Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de la ONU (United Nations General Assembly Special Session, UNGASS) de 1998, las ONG pudieron realizar una gran reunión paralela, aunque el documento por fin producido (“Más allá de 2008”) no ha sido exactamente lo que nosotros esperábamos en términos de críticas y propuestas de cambios. En Brasil, el movimiento de las ONG ha tenido un gran incentivo a comienzos de este año,

2009, a partir del trabajo que inició Psicotropicus en busca de la formación de una declaración conjunta y multilateral para ser presentada en la reunión de la Comisión de Estupefacientes en marzo último. Un número significativo de organizaciones de la sociedad civil de distintas áreas –dedicadas al sida, a los consumidores de ayahuasca, a la investigación médica, jurídica y social, a la comunidad–, y miembros de la sociedad civil se unieron a Psicotropicus, que comandó dos reuniones en Rio de Janeiro y una en San Pablo. Con ellos y un grupo virtual de *e-mails* fue escrita una declaración institucional, firmada por todas las ONG y personas que participaron del proceso de discusión y elaboración, física o virtualmente. Esta declaración fue leída en el plenario de la Comisión de Estupefacientes por el director ejecutivo de Psicotropicus, Luiz Paulo Guanabara. El grupo de *e-mails* continúa todavía conectando a los más diferentes sectores de la sociedad civil brasileña en torno del tema drogas y política de drogas.

Esto es solamente un ejemplo reciente de lo que es posible hacer cuando la sociedad civil está realmente organizada y centrada en objetivos comunes bien definidos. La organización que generó la elaboración de la declaración comandada por Psicotropicus dejó abiertas diversas posibilidades de contacto institucional y formación de redes en la esfera pública informal. Y eso ya se refleja en la mayor atención que los grandes medios de comunicación dan al tema drogas, y especialmente a visiones alternativas. Esta atención a visiones alternativas ha sido también muy incentivada por la formación, igualmente en relación de la revisión de las metas del UNGASS 1998, de la Comisión Latinoamericana de Drogas y Democracia, bajo los expresidentes Fernando Henrique Cardoso, de Brasil; César Gaviria, de Colombia; y Ernesto Zedillo, de México. El documento con las conclusiones de esa comisión, que incluso pugnaba por el fin de la criminalización del consumo de marihuana, también fue leído en el plenario de la Comisión de Estupefacientes.

### ■ “Ganar” la opinión pública

Además de establecer redes de integración entre los distintos miembros de la sociedad civil que se puede llamar organizada –o sea, que está estructurada en torno de asociaciones, órganos de clase, etcétera– es tarea de esta misma sociedad civil, como esbozamos arriba, actuar y fomentar los debates y discursos públicos sobre el tema drogas también en la sociedad civil “no-organizada”, es decir, en lo que algo impropriamente uno puede llamar “opinión pública”.

El tabú no precisa repetirse para mantenerse, pero lo que ello brinda es una base indiscutible sobre la que todo el resto de la formación de voluntad y opinión pública se construye. Al impedir que el tabú acerca del tema drogas se esconda en el fondo de los debates públicos, lo que la sociedad civil “organizada” puede hacer es, precisamente, mostrar el poder de este tabú, traerlo a la consciencia del debate y trabajar sobre ello con bases en argumentos que,

todos sabemos, son mucho mejores que los esgrimidos por las instancias oficiales que mantienen el prohibicionismo.

Nuevamente en Brasil, la ya mencionada Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia y su informe acerca de las políticas de drogas han conseguido, justamente por causa de la visibilidad de sus miembros ante la opinión pública, una de las grandes victorias recientes en la actuación de la sociedad civil: colocar la agenda de las drogas y de sus políticas en los grandes medios de comunicación. Hoy, es difícil que pase una semana sin que se debata, dé a conocer o discuta algo acerca de este tema. Y es presumible, por lo tanto, que también en las casas, cafés o bares, no pase una semana sin que este asunto salga a la superficie.

Así, no es suficiente poseer los mejores argumentos, las mejores evidencias, los mejores estudios o las mejores concepciones, si uno no tiene la posición en el espacio público para divulgarlas. Es por eso que, como ya nos enseñó Habermas (2001), la racionalización del debate no viene de la racionalidad singular de los actores individuales, sino de los discursos públicos en los que los argumentos son intercambiados, la información de calidad diseminada y las relaciones mantenidas entre ciudadanos sobre la base de los acuerdos y negociaciones de sentidos sociales. También esto es claramente así en el tema drogas, donde la racionalidad colectiva es nuestra única salida contra el “consenso de Viena” y contra todos los “subconsensos” locales que impiden, sin más, una reforma necesaria e indispensable en las ultramontanas y equivocadas políticas de drogas en todo el mundo.

Buenos Aires, 6 de agosto de 2009.

### ■ Referencias

- Avritzer, Leonardo (1997): “Introduction: the meaning and employment of ‘civil society’”, in *Latin America. Constellations*, v. 4, n. 1, p. 88-93.
- Becker, Howard (1973): “Moral entrepreneurs”, en H. Becker, *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, p. 147-163. New York: Free Press.
- Bohman, James y William Rehg (1997): “Introduction”, en J. Bohman y W. Rehg, *Deliberative democracy*, p. ix-xxx. Cambridge: MIT.
- Dahl, Robert A. (1971): *Polyarchy: participation and opposition*. New Haven: Yale.
- Enriquez, Eugène (1983): *De la horde à l'état: Essai de psychanalyse du lien social*. Paris: Gallimard.
- Faoro, Raymundo (2001): *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. 3ª ed. rev. São Paulo: Globo.
- Freud, Sigmund (1996): “O ego e o id”, en S. Freud, *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX, p. 25-80. Dir. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.
- Gadamer, Hans-Georg (1996): *Le problème de la conscience historique*. ed. Pierre Fuchon. Paris: Seuil.

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

- Gumperz, John (2002): "Convenções de contextualização", en Pedro M. Garcez y Bianca Telles Ribeiro, *Sociolingüística interaccional*, p. 149-82. 2ª ed. São Paulo: Loyola.
- Habermas, Jürgen (1984): *The theory of communicative action. Reason and rationalization of society*, v. 1. Trad. Thomas McCarthy. Boston: Beacon.
- Habermas, Jürgen (2001): *Between facts and norms: Contributions to a discourse theory of law and democracy*. 4º ed., trad. William Rehg. Cambridge: MIT.
- Martins, Carla (2002): "A indeterminação do significado nos estudos sócio-pragmáticos: divergências teórico-metodológicas". *D.E.L.T.A.* v. 18, n. 1, p. 87-116.
- Scheerer, Sebastian (1993): "Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920)", en F. I. Bastos y O. D. Gonçalves, *Drogas: é legal? Um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Imago.



# ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN AMÉRICA LATINA: ALCANCES, LÍMITES Y DESAFÍOS EN LOS PROCESOS DE INCIDENCIA EN POLÍTICAS DE DROGAS

Ángela Tello

Economista y especialista en Desarrollo Comunitario de la Universidad del Valle (Colombia).  
Directora de la Corporación Viviendo e integrante de la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social.

La pasada evaluación de la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU (United Nations General Assembly Special Session, UNGASS) de 1998, que se realizó en 2009, permitió reconocer que la política de guerra a las drogas desarrollada durante la última década fue un fracaso en relación a los objetivos planteados de dominar el problema mundial a través de la reducción de la oferta y la demanda de drogas ilícitas. De manera paradójica, y en contraste con la guerra a las drogas que se ha librado de manera cruenta en varios países de América Latina, diversas organizaciones de la sociedad civil han comenzado a explorar otras perspectivas a partir de propuestas y prácticas innovadoras durante este mismo período.

Las reflexiones aquí planteadas se fundamentan en la experiencia compartida con organizaciones que trabajan en el tema de drogas desde dos redes en las que participan ONG de América Latina, la Red Iberoamericana de ONG que trabaja en Drogodependencias (RIOD)<sup>1</sup> y la Red Americana de Inter-

<sup>1</sup> La RIOD es una red legalmente constituida. Fue creada en 1998 buscando dar una respuesta coordinada y articulada entre entidades sociales y gobiernos a los problemas de la demanda de drogas en la región iberoamericana. Fue impulsada y continúa siendo apoyada por el Plan Nacional de Drogas de España y actualmente integra 53 organizaciones de 17 países, 42 latinoamericanas y 11 españolas. La diversidad y pluralidad de enfoques es una de las principales características, que propicia que el debate internacional esté puesto en el orden del día al interior de la organización, donde la reducción de daño hace parte del quehacer de algunas organizaciones y otras se plantean la visión de programas libres de drogas.



vención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS),<sup>2</sup> y en la investigación realizada sobre experiencias en incidencia en políticas de drogas desde las organizaciones integrantes del Nodo Andino de la RIOD.<sup>3</sup>

Los intercambios que han logrado realizarse para compartir prácticas y experiencias de trabajo en ámbitos sociales y comunitarios, permiten identificar que las organizaciones de la sociedad civil han jugado un papel significativo en el abordaje directo del problema con las personas afectadas por el consumo de drogas y en el ejercicio y la defensa de los derechos humanos de los consumidores de drogas. Y, por otra parte, desde la perspectiva de las dos redes mencionadas, cobra sentido el trabajo desarrollado frente a su posicionamiento en el debate internacional. Es necesario participar desde las organizaciones y las redes al interior de este debate, considerando una serie de temas y posturas que se encuentran estrechamente interconectadas: el rechazo de la política de guerra a las drogas, la integración de la reducción del daño en los programas que se desarrollan en los diversos países y la gestión de acciones y de propuestas que se sustenten en el respeto a los derechos humanos de los consumidores de drogas y desde un enfoque de inclusión social. Desde la perspectiva de los derechos humanos, este artículo busca indagar los alcances de las organizaciones sociales y de las dos redes en la integración del tema en la agenda pública en los países de América Latina y en otros ámbitos durante estos últimos años de trabajo.

Las acciones de incidencia que ha venido desarrollando la RIOD han tenido un mayor énfasis en procesos de arriba hacia abajo, lo que significa que ha venido participando de espacios de debate en la política internacional, entre ellos el foro internacional de las organizaciones no gubernamentales denominado “Más allá del 2008”, realizado en Viena, y en encuentros deliberativos de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA) sobre decisiones políticas y técnicas frente al abordaje del consumo de drogas en América. Es

<sup>2</sup> La RAISSS es una red creada en 2006 y el elemento articulador ha sido el trabajo fundamentado en el Modelo ECO2 (Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria), que es el resultado de la investigación en la acción iniciado por una red de organizaciones civiles mexicanas de 1995 a 1998 con el aval, la asesoría técnica y el financiamiento de la Unión Europea y de Cáritas de Alemania. El Modelo ECO2 se propuso intervenir desde la prevención, la reducción del daño y el tratamiento de las farmacodependencias y las situaciones críticas asociadas, y fue integrando posteriormente a otros países latinoamericanos –Colombia, Chile, Brasil, Centroamérica y el Caribe–, que a partir de sus propias experiencias y procesos le fueron aportando nuevos elementos al modelo, que hoy lo hacen más complejo y lo han fortalecido técnicamente. La RAISSS integra actualmente, y de manera directa, a 16 organizaciones de diez países latinoamericanos, que a su vez articulan redes institucionales y comunitarias en sus territorios locales y nacionales.

<sup>3</sup> Es una investigación que realizó el equipo de la Corporación Viviendo, entre 2008 y 2009, en la que participaron once organizaciones del Nodo Andino de la RIOD (un 84,6% del total que conforman el nodo). Se recogió información básica de experiencias significativas desarrolladas por las organizaciones en torno a la incidencia en las políticas públicas relacionadas con el tema de drogas en cada uno de sus países.

importante resaltar que algunas organizaciones de la RIOD, desde su trabajo local, realizan acciones de incidencia en las políticas locales y nacionales, perspectiva en la que recientemente viene incursionando, con una mayor direccionalidad, la red en su conjunto.

En contraste, el énfasis de las acciones de incidencia desde la RAISSS ha sido de abajo hacia arriba, es decir, se han venido desarrollando sistemáticamente una diversidad de experiencias y de prácticas, sociales y comunitarias, desde un modelo específico de intervención –el Modelo ECO2– que integran, de manera explícita, un trabajo concertado con el sector estatal responsable de la construcción de las políticas de drogas y de las políticas sociales, en los diversos niveles territoriales de los países latinoamericanos donde se encuentran.

### ■ El rol de las redes en América Latina

Algunas organizaciones de la RIOD en América Latina y la totalidad de las que integran la RAISSS, implementan programas que articulan diversas alternativas o componentes para la atención al problema de consumo de drogas: la prevención, la reducción de daños, el tratamiento y la reinserción social. Son organizaciones que se han planteado la necesidad de abandonar las acciones punitivas, que estigmatizan, excluyen y aíslan, y que contribuyen a incrementar el sufrimiento social de las personas que consumen drogas y de sus redes familiares y sociales. Lo anterior ha llevado a que se hayan construido enfoques, marcos conceptuales y metodológicos, ajustados a las disímiles realidades y a los contextos en que viven las poblaciones atendidas, que se han ido sustentando, fortaleciendo y complejizando a partir de procesos de seguimiento, de sistematización continua de la información, de evaluación y de procesos de intercambio entre las mismas organizaciones. En suma, se ha logrado producir evidencia científica de los resultados e impactos alcanzados por los programas agenciados por las organizaciones sociales desde estas nuevas perspectivas.<sup>4</sup>

Los programas y experiencias desarrollados se han fundamentado en un proceso sistemático de acciones formativas en los territorios que han generado equipos humanos cualificados –profesionales y comunitarios–, que entienden y comparten esta mirada y la integran de manera permanente a sus prácticas. Desde las organizaciones de la RAISSS se ha logrado producir, para el desarrollo de las experiencias, la articulación de equipos mixtos, es decir, que están conformados por profesionales, operadores comunitarios

<sup>4</sup> Es información que ha podido compartirse en los seminarios, encuentros y eventos de intercambio que se han realizado desde cada una de las dos redes, e incluso de unos encuentros recientes entre organizaciones de ambas redes que buscan integrar saberes y prácticas con la perspectiva de incidir de manera conjunta en el ámbito de las políticas públicas en América Latina.

y operadores pares,<sup>5</sup> como parte fundamental del enfoque planteado desde el Modelo ECO2. El ejercicio realizado ha consolidado una dinámica de movilización social a través de la identificación y articulación de las redes institucionales y comunitarias: se fortaleció el tejido social y se posibilitó la canalización de recursos que den respuesta a las necesidades, problemas y demandas de las poblaciones que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad social y que se encuentran más afectadas por las problemáticas asociadas al consumo de drogas. Se han logrado sumar recursos humanos, técnicos y financieros, entre la cooperación internacional y los sectores estatal y social, para el desarrollo de las intervenciones en los territorios, y se logró impactar en las percepciones y concepciones de los actores institucionales frente al tema; en algunos países, también, se han logrado resultados significativos en la formulación de políticas, planes y programas.<sup>6</sup> La RAISSS, de manera específica, adelanta un trabajo permanente de construcción de redes institucionales y comunitarias en cada uno de los países donde está presente, que además de favorecer el trabajo local busca ir generando un proceso de movilización social para avanzar en las acciones de incidencia en las políticas de drogas y en las políticas sociales, territoriales y nacionales.

Los procesos que hoy emergen, que buscan integrarse entre países, redes y organizaciones de la región, se proponen incidir en las políticas de drogas a partir de la transformación de las representaciones sociales que han acompañado el ejercicio de sus acciones durante varias décadas. La identidad de la RAISSS a partir de un modelo de intervención, propicia avanzar y afianzarse en el trabajo local de manera significativa. La RIOD, cuya característica fundamental es la diversidad y la multiplicidad de enfoques y métodos, permite otras posibilidades, entre ellas el debate a su interior que ha enriquecido y fortalecido los discursos de las organizaciones asociadas. Ambas redes han beneficiado, durante los años de existencia, el desarrollo de los programas y de los procesos de las organizaciones en América Latina, y han fortalecido

<sup>5</sup> Se denomina operador par a aquella persona que “vive y comparte con otros similares experiencias de vida, condiciones sociales, etarias o problemáticas parecidas” (Centro de Formación RAISSS, 2008).

<sup>6</sup> Entre algunos de los resultados concretos de este proceso, sin que sea una presentación rigurosa pues requeriría recoger lo que todas y cada una de las organizaciones sociales que participan en las redes mencionadas han desarrollado, podríamos identificar, en México, la inclusión de la reducción de daños en la Norma Oficial Mexicana y en el Programa Nacional de Juventud 2001-2006; el reconocimiento del Modelo ECO2, que integra la reducción de daño como uno de los modelos con los que desarrolla su trabajo; el desarrollo del programa ACIA de atención a los adolescentes en conflicto con la ley penal del Distrito Federal fundamentado en el modelo mencionado. En Colombia, la definición del Modelo de Inclusión Social del Consumidor de Drogas como política pública nacional que busca mitigar el impacto del consumo de drogas y le da un tratamiento al consumidor como sujeto de derechos, que viene implantándose en los municipios y departamentos a través de los planes de desarrollo y de los planes de salud mental. En Chile, se participa actualmente en la construcción de la estrategia nacional para los próximos años, 2010-2013, incluyendo esta visión de inclusión social, y se viene formando en convenio con el Estado a equipos locales desde esta perspectiva.

las capacidades de incidencia en relación con las políticas de Estado en cada país. Actualmente se vienen gestando algunos acercamientos entre organizaciones de las dos redes, con una clara conciencia de articular y fortalecer las acciones de incidencia que desarrollan en la región.

### ■ Hacia la inclusión social y el reconocimiento del consumidor de drogas como sujeto de derechos

La RAISSS ha participado en la construcción de cuatro declaraciones públicas, dos que se redactaron antes de la fecha de formalización como red y dos que se hicieron posteriormente. Todas han sido el resultado de encuentros de intercambio entre las organizaciones que han fundamentado su trabajo en el Modelo ECO2 y que dan cuenta de la propuesta de inclusión social, de reducción de daño y de tratamiento con base comunitaria que considera al consumidor de drogas como sujeto de derechos. Resaltaremos algunos aspectos esenciales de cada una de las declaraciones, que permitan mostrar el desarrollo y la conectividad de ellas con los avances en las experiencias de intervención orientadas desde las organizaciones y, a su vez, su contribución a la generación de lineamientos a seguir para fortalecer el desarrollo de las acciones en el continente latinoamericano.

En Bogotá –aunque aún no se había constituido formalmente la RAISSS, que se gestaría cuatro años después–, durante el II Seminario Internacional de Expertos sobre Farmacodependencia y Política de Drogas, realizado el 22, 23 y 24 de abril de 2002, en el que se reunieron representantes de 18 países de América y de Europa, se planteó la necesidad de “reconocer que la persona que consume es esencialmente un ser humano y como tal un sujeto de derechos”, validando además que se habían realizado acciones diversas que no se planteaban como objetivo fundamental la abstención del consumo de drogas y que contribuían a disminuir las problemáticas asociadas y a proteger a los seres humanos e incluso a disminuir el propio consumo de drogas. La declaración se propuso abrir el debate frente a la estigmatización de la persona por el hecho de continuar consumiendo, articular las políticas que protegieran al adicto en su dignidad humana, difundir las experiencias que demuestran que hay alternativas viables y eficaces que se pueden articular con otras acciones de atención tradicionales y convocar a los Estados para generar acercamientos a estas opciones que han ido trabajando por lograr medir científicamente los resultados y los impactos obtenidos.

En Ciudad de México, del 22 al 26 de marzo de 2004, reunidas 50 organizaciones de 29 países de Europa y América, durante el III Seminario Internacional de Expertos sobre Droga y Exclusión Social Grave, se reinsiste en reconocer al consumidor de drogas como sujeto de derechos y obligaciones, se avanza a reconocer que “el problema no es solo la droga, sino, y principalmente, las condiciones de exclusión y estigmatización en que se encuentra

la población consumidora” y se hace un llamado a construir “una política integral y humanizada que valide las nuevas prácticas, enfoques y perspectivas que se vienen dando”. Asimismo, la declaración hace un llamado a la corresponsabilidad de los diversos actores involucrados global y localmente, manifestando que “las comunidades y los usuarios de las sustancias psicoactivas son actores activos en la construcción e intervención en las nuevas estrategias que buscan afectar las dinámicas de exclusión”.

En Chile, del 25 al 29 de septiembre de 2006, con la participación de representantes de 14 países de América y Europa, se realizó el IV Encuentro Internacional de Expertos sobre Adicciones e Inclusión Social: trabajo y derecho a una vida digna. Sobre nuevas prácticas y contextos, se reconoce en la declaración que “la causa profunda de los problemas derivados del uso de drogas se encuentra en las condiciones excluyentes del modelo económico, político y social”, se propone una redefinición del trabajo en la comunidad desde una visión incluyente y el desarrollo de acciones permanentes de incidencia en la construcción de políticas públicas nacionales e internacionales, y se hace un llamado a los Estados y a la cooperación internacional para incluir en sus agendas el desarrollo sostenible y de largo plazo de procesos de intervención con personas en situación de exclusión social grave; para incorporar la reducción de daños en los procesos de intervención comunitaria y para promover la organización y la participación de las poblaciones gravemente excluidas.

Y el último encuentro es el realizado en Ayualo, El Salvador, los días 7, 8, 9 y 10 de octubre de 2008, donde se reunieron representantes de 21 organizaciones y de 8 redes nacionales, regionales y latinoamericanas, en el marco del V Encuentro de Expertos y Expertas en el tema de drogas y situaciones críticas asociadas: Drogas: Juventud, Violencia y Pandillas. ¡Una mirada alternativa!, reconociendo en la declaración emitida que, a pesar del trabajo sostenido durante varios años con poblaciones que viven en grave exclusión asociada a consumo y tráfico de drogas, VIH, pobreza extrema, vida en situación de calle, trabajo sexual, violencia y otras formas de sufrimiento social, los Estados aún no han logrado garantizar los derechos y la dignidad de todas las personas. Se instó a la ONU, que se encontraba próxima a realizar la asamblea de evaluación de las políticas de drogas de los últimos diez años, a los organismos internacionales, a los presidentes de los países, a los Estados y a la sociedad civil, a garantizar en la siguiente década, al interior de sus políticas y acciones, los derechos humanos de los consumidores de drogas, especialmente de aquellos que se encuentran excluidos socialmente, y a implementar, de manera integrada, la prevención, la reducción de daño, el tratamiento y la reinserción social “dejando de lado las acciones punitivas, coercitivas y estigmatizantes que sostienen la exclusión y aumentan el sufrimiento social”.

Por su parte, la RIOD realizó recientemente la primera declaración pública en esta misma vía de llamar a que se reconozca al consumidor de drogas como sujeto de derechos y a la urgencia de dar respuestas diversas y acordes con las

necesidades de los usuarios de drogas, durante el XI Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación Políticas Públicas y Prácticas frente a las drogas en función de los contextos sociales, realizado en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, del 20 al 24 de abril de 2009. En ese marco se reunieron 54 representantes de entidades de 17 países y consideraron el consumo de drogas como problema social y de salud pública que requiere respuestas construidas en el marco de los derechos humanos y reconocieron el derecho y la obligación de participar como instituciones en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas juntamente con los gobiernos. Declararon que “Los derechos humanos son de aplicación para todas las personas, independientemente de que tengan o no problemas de consumo de drogas” y reconocieron al consumidor de drogas como sujeto de derechos y protagonista de su proceso de cambio, haciendo un llamado a los gobiernos y a los organismos de cooperación internacional para que valoren y promuevan la participación de los diversos actores sociales en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas en materia de drogas y asignen recursos suficientes para su desarrollo, especialmente aquellos dirigidos a las poblaciones más excluidas socialmente.

Quizá suena demasiado optimista el panorama y por ello es necesario confirmar que aún son precarios los resultados, no obstante reconocer que en algunos aspectos se ha avanzado. El ejercicio de sistematización de las experiencias de las organizaciones sociales del Nodo Andino de la RIOD muestra una tendencia hacia la participación de intensidad media, es decir, se concentra en la presentación de propuestas y en la asistencia a consultas convocadas por el sector estatal. Falta mayor visión estratégica en la incidencia y en la construcción de las políticas de drogas debido, quizás, a que aún no se ha considerado muy relevante este rol al interior de las organizaciones en sus escenarios locales y nacionales.<sup>7</sup> O, tal vez, la causa está más relacionada con la falta de formación política de los recursos humanos, puesto que se ha priorizado la cualificación técnica y humana, comprensible desde la perspectiva de los abordajes durante los años anteriores. La reducción de daño, por otra parte, continúa siendo considerada contraproducente desde un grupo significativo de organizaciones en las que se asume que promueve y sostiene el consumo de drogas, lo que propicia que algunas aún sostengan programas y prácticas que estigmatizan, excluyen, aíslan y castigan al consumidor de drogas. Vale la pena mencionar que algunos de estos programas han sido, y continúan siendo, financiados por entidades de cooperación internacional que promueven la visión de guerra contra las drogas y condicionan sus ayudas al desarrollo de determinados enfoques y acciones.

<sup>7</sup> Se considera la visión estratégica al proceso de incidencia en las diversas fases del desarrollo de construcción de la política pública: 1. Construcción del problema público; 2. Incorporación del tema en la agenda pública; 3. Diseño y formulación de la política pública; 4. Implementación de la política pública; 5. Monitoreo, evaluación y control de la política pública.

## ■ Nuestros desafíos

Es una etapa que impone grandes desafíos en América Latina frente al trabajo de incidencia en las políticas de drogas regionales y nacionales. Un paso fundamental que se visualiza tiene que ver con la integración de las organizaciones y las redes que estamos trabajando desde estas nuevas perspectivas. No es posible esperar a que los Estados se pongan de acuerdo en que la guerra a las drogas no tiene sentido, porque mientras tanto los que se ven afectados son los consumidores de drogas, sus familias y las comunidades en las que habitan cotidianamente. Se requiere continuar desarrollando acciones de incidencia de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo, puesto que es esencial generar una masa crítica, compuesta por organizaciones de la sociedad civil, colectivos comunitarios, personas influyentes, funcionarios y entidades del sector público, que reconozcan que el problema de consumo de drogas hace parte de la complejidad de las sociedades actuales y que por ello debe abordarse con propuestas humanizadas e incluyentes. Se requiere continuar desarrollando prácticas y experiencias validadas científicamente, desde las que se compartan los resultados, las buenas prácticas, los desaciertos y desde allí ampliar la participación de otros actores clave del entorno social, político y comunitario. La consigna debe de ser ampliar el debate, que llegue a la cotidianidad de los territorios, de las comunidades locales, visibilizando lo que se viene haciendo y propiciando más dispositivos de bajo umbral, donde la población pueda ir comprendiendo el sentido práctico de la inclusión social del consumidor de drogas. El proceso de interrelación y de construcción de vínculos y de acciones colectivas permite que las representaciones sociales, que las mismas organizaciones sociales hemos contribuido a consolidar, se transformen. Las poblaciones más afectadas deben tomar asiento en este debate público, se requiere incluir no solamente a los ámbitos donde se determinan las políticas de drogas, sino también a aquellos donde se ejercen y se perpetúan. Retomo, para concluir, una frase de Hannah Arendt, quien planteaba que “cuando el hombre toma parte en la vida pública se abre para sí mismo una dimensión de experiencia humana que de otra forma permanece cerrada para él y que, de alguna manera, constituye una parte de la ‘felicidad’ completa” (Arendt, 1999). Las propuestas de transformación de lo que se viene haciendo, pasan por la disposición al cambio de aquellos que han sufrido las consecuencias de la represión y del castigo a causa del consumo de drogas y de situaciones críticas asociadas.

■  
Buenos Aires, 6 de agosto de 2009.

## ■ Referencias

- Arendt, Hannah (1999): “Pensamientos sobre política y revolución”, en *Crisis de la República*. Madrid: Taurus.
- Centro de Formación RAISSS (2008): “Perfil formativo operador par”, cartilla de trabajo. Colombia.

# SEXO, DROGAS Y ROCK & ROLL: POLÍTICA DE DROGAS Y JÓVENES EN AMÉRICA LATINA

**Aram Barra**

Licenciado en Relaciones Internacionales por la Universidad de las Américas (México). Es director de proyectos en Espolea A.C., coordinador de eventos en la Fundación Friedrich Ebert, en México, y representante de América Latina para Youth RISE (Resource. Information. Support. Education).

Actualmente, en América Latina el 20% de la población tenemos entre 15 y 24 años (ONU, 2007) y a pesar de que no queda ninguna duda de la importancia estadística que jugamos en la región, ello no necesariamente se traduce en una inclusión de nuestras opiniones políticas en la agenda pública. Los jóvenes hoy somos una comunidad heterogénea y sumamente diversa. Somos indígenas en las sierras centroamericanas de Bolivia o el Perú que apenas hablamos español. Somos mujeres que sufrimos violencia doméstica, agresiones sexuales y morimos al decidir abortar. Somos estudiantes universitarios en nuestros veinte años en Buenos Aires, Ciudad de México o Santiago que jamás hemos trabajado pero tenemos mucha preparación académica.

Comúnmente se dice y se piensa que los jóvenes latinoamericanos somos el bono demográfico que sacará a la región adelante. No hay nada más erróneo. Los jóvenes estamos aquí y ahora, somos de carne y hueso, somos el presente. Sin embargo, no por el simple hecho de existir las cosas van a cambiar. En nuestros países se tiene muy presente la analogía de juventud y esperanza, oportunidades, toda una vida por delante. Y si bien es cierto que tenemos sueños e ilusiones como cualquier ser humano, al final del día las oportunidades no están para los desempleados, para los sin educación, para las mujeres, para los indígenas y, por supuesto, para los usuarios de drogas.

Para todos nosotros, el contexto importa muchísimo. Nos explica la cruda realidad a la que nos enfrentamos día a día. ¿Entonces, cómo responden las políticas públicas, los gobiernos y las sociedades a las necesidades que tenemos como jóvenes latinoamericanos? En América Latina existe, sin lugar a dudas, una doble moral en este sentido. Por un lado somos el futuro de nuestras sociedades, por el otro, nuestros gobiernos son paternalistas, la eco-



nomía nos es invisible y las políticas están dirigidas a entretenernos y mantenernos callados. Esas no son nuestras necesidades.

He decidido empezar con este preámbulo para decir que la forma en la que los jóvenes nos posicionamos en el espacio público, la forma en la que nos paramos en la plaza, el parque, la calle o el subte, tiene que ver con cómo nos tratan los demás, con cómo nos sentimos en nuestros cuerpos sociales, con si estoy bien o mal visto. Está directamente relacionado con quiénes somos, quiénes son nuestros padres (si es que tenemos) y cómo nos enseñaron a estar, o quizá no nos enseñaron.

El espacio público, a lo largo y ancho de la región, es de los adultos. Bajo la luz del sol ellos reinan y nos dicen qué hacer y cómo hacerlo. Pero, como en un cuento mágico, por la noche, bajo la luna, salimos las criaturas misteriosas a apropiarnos del poco espacio que queda. Coincidentemente, en ese espacio (que, vale decir, es mayoritariamente privado, en zonas urbanas y con solo acceso para quienes lo pueden pagar) las reglas son pocas.

El asunto va de bailar, divertirse, gozar nuestro aquí y nuestro ahora, pues mañana no sabemos lo que será de nosotros. Muy seguramente, seguiremos siendo los mismos estudiantes universitarios sin mercado laboral, las mismas mujeres madres de familia a los 16 o 17 años, los mismos indígenas en continua lucha por aceptación e integración. Por lo tanto, ¿por qué no, al menos, pasar un par de buenas horas? En el espacio público la solución es fácil y está a la mano. Un poco de *crystal*, *hielo* o *yaba*. También está el *espectro*, la euforia o el *nai* para agarrar fiesta. Para los más relajados, un toquecito de *hierba*, *juanita*, *perico* o *porro*.

Después, encontraremos alguien con quien ligar, con quien salir un rato y terminar revolcados. Estar con más de una o uno en una noche es sin duda una práctica común. Por supuesto, preponderantemente en zonas urbanas, ¿que si habrá condón? Muy pocas veces. Y para reanimarse y seguir la fiesta, nada mejor que una *dama blanca* o *polvo de ángel... coca* o *crack*. También está por supuesto el *azúcar morena*, *el caballo*, *el talco* o *reina*. ¿Que si compartiremos jeringa? Por qué no, reduce costos, es menos notorio.

Por lo tanto, el espacio público que tenemos los jóvenes urbanos de ciertas clase sociales es de **sexo, drogas y rock & roll**, por muy trillado y sesentero que ello suene. Las políticas al respecto son escasas o nulas, dependiendo del país. La doble moral y el tabú sobre ambos temas –drogas y sexualidad– nos tienen desinformados y temerosos. Muy pocos jóvenes sabemos en realidad cuál es la política de drogas de nuestros países o de nuestra comunidad. Muy pocos conocemos la alta probabilidad que existe de adquirir VIH o hepatitis C. Y aunque es nuestra responsabilidad, en gran medida, esta es la posición a la que se nos orilla socialmente.

Los gobiernos latinoamericanos muy pocas veces generan una vinculación entre la prevención y la realidad en las calles, las plazas y los lugares de divertimento. Los programas educativos sobre drogas, derechos sexuales y

reproductivos son pocos y focalizados. Poco se habla de derechos de las y los jóvenes, del marco normativo de la Convención sobre los Derechos de los Niños o de la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. Pocos somos los jóvenes que sabemos cómo usar estos documentos en la práctica, en nuestras vidas diarias.

En este sentido, es bien sabido que los usuarios de drogas somos violentados y criminalizados. Hay una constante violación de los derechos humanos que como jóvenes y usuarios deberíamos tener. Y esto no ayuda, en lo absoluto, a generar estrategias comprensivas de trato y tratamiento. Esto se puede ver desde la más alta política de seguridad, crimen organizado y narcotráfico, hasta los programas gubernamentales de base o comunitarios.

El pasado día internacional contra las drogas, por ejemplo, mi presidente me sentenció al infierno de Dante. En un mismo comunicado dictaminó dos pronunciamientos que al parecer, a su juicio, tienen vinculación. Primero, que Michael Jackson se suicidó porque consumía drogas. Segundo, que “las drogas proliferan porque el mundo ha perdido la fe. Si la juventud creyera, no caería” (Silva-Herzog Márquez, 2009). Calderón continúa diciendo, “en México existe una juventud que por sus condiciones sociales, familiares, educativas y por falta de oportunidades cuentan con pocos asideros trascendentes, tienen poco en qué creer; que no creen en la familia porque no tuvieron; que no creen en la economía o en la escuela, que no creen en Dios porque no lo conocen” (Silva-Herzog Márquez, 2009). La sentencia termina: “Esta falta de asideros trascendentales hace, precisamente, un caldo de cultivo para quienes usan y abusan de ese vacío espiritual y existencial de nuestro tiempo”.

Es claro el basamento moralista del Presidente, pero, ¿qué consecuencias tiene esto en el contexto del que hablábamos? Sin duda, hay un impacto directo en la apreciación del joven. De esta manera, la estrategia de *inseguridad* afecta al individuo por medio del estigma, la discriminación y la criminalización.

Mientras tanto, queda muy claro que la política de drogas y los programas de gobierno son fracasos rotundos. De hecho, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, el consumo de drogas entre niños y jóvenes, solo la Ciudad de México aumentó en 600% en los últimos 5 años. La marihuana al día de hoy es la droga más utilizada por primera vez entre hombres y mujeres jóvenes, seguida de la cocaína y los inhalantes.

Aún más, el 92% de los jóvenes obtienen generalmente información sobre métodos anticonceptivos en las farmacias. Aunque el 96% de las y los jóvenes conoce algún método anticonceptivo, solo lo utiliza el 69% de la población entre 12 y 29 años. De nuevo el Distrito Federal es la entidad federativa con el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil, pero solo el 22,1% de ellas, entre los 15 y 29 años, utiliza algún método anticonceptivo.

Sin duda, los pocos jóvenes a quienes se nos permite participar en paneles como este tenemos una responsabilidad de peso. Todos queremos evitar

que las y los jóvenes suframos los daños y riesgos asociados a las drogas y la política que los permea. Sin embargo, como he venido diciendo, las medidas de prevención son a menudo insuficientes. Las campañas de lucha contra las drogas no coinciden con las muchas razones por las que los jóvenes consumimos drogas. Por eso, a pesar de los millones de dólares que se gastan en las campañas de prevención, miles de niños y jóvenes siguen utilizando drogas.

Desde hace años que las y los jóvenes que conformamos la red global de jóvenes y reducción de daños, Youth RISE, los que estamos en Espolea, en Students for Sensible Drug Policy y en la Red de Jóvenes y Reducción de Daños Asociados al uso y abuso de Drogas en América Latina anunciamos categóricamente que a pesar de que se invierta más dinero en la reducción, los jóvenes seguimos teniendo acceso a las drogas. Nuestro contexto nos sigue empujando a que las razones por las que llegamos a ellas no se desvanezcan.

Además, recordemos que las y los jóvenes usamos drogas por muchas razones. Ya sea para divertirnos, como mencioné antes, para encajar, por supervivencia, para ocultar el hambre, el trauma o para hacer frente y aliviar el dolor. El concepto de la prevención se pierde en los muchos jóvenes que ya utilizan drogas. Diciéndoles u obligándoles a dejarlas no sirve en la medida en la que sus circunstancias de vida permanezcan iguales.

La reducción de la demanda debe incluir la reducción del daño. Esto se refiere a servicios de apoyo y a una de las muchas herramientas disponibles para la reducción de la demanda de drogas. Si bien el debate sobre la reducción de daños continúa, niños y jóvenes se mueren por falta de estos servicios de salvación. Miles, si no millones, están en riesgo de contraer VIH u otras enfermedades relacionados con la droga.

¿Siguen siendo los niños y jóvenes que consumen drogas nuestro activo más valioso, como se indica en la Declaración Política aprobada en Viena en marzo de 2009? Si es así, tenemos que invertir en ellos. Tenemos que invertir en todos los aspectos de su crecimiento y desarrollo, y trabajar para asegurar que la mayoría de las y los jóvenes vulnerables sean tratados con mucho cuidado y amor, y no igual a aquellos que nunca han tocado una droga en su vida.

Es muy importante que demandemos a los gobiernos y a nuestras sociedades, apoyados en los organismos regionales e internacionales, que las políticas sobre drogas sigan recomendaciones específicas para jóvenes y tener en consideración los cuatro principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño:

**1 No discriminación.** Hay que eliminar las barreras relacionadas con la edad que requieren el consentimiento de los padres o deniegan confidencialidad a los menores de edad. Hace falta eliminar las restricciones de edad para acceso a servicios de reducción de daños, tales como la sustitución de jeringuillas y el tratamiento con opiáceos. Es inminente ofrecer servicios de salud reproductiva a las y los jóvenes, especialmente los usuarios de drogas.

**2 Prioridad en el interés de jóvenes y niños.** Todas las políticas de drogas se deben adherir a normas internacionales de derechos humanos. Esto garantiza que las políticas sobre drogas tengan en consideración a los más vulnerables y necesitados de apoyo, como los jóvenes usuarios de sustancias y en situación de calle.

**3 La vida, supervivencia y desarrollo.** Enfrentar la realidad en base de educación honesta y completa sobre drogas, y servicios de prevención y de bajo umbral. Los servicios orientados a los jóvenes, el acceso a la educación y los servicios de salud, son todos componentes esenciales de una política efectiva de drogas que tiene por objeto garantizar un mejoramiento en la salud de las y los jóvenes que consumen drogas. Aun más, impulsar que la evidencia basada en la edad adecuada para el tratamiento farmacológico sea una prioridad por sobre la detención, el encarcelamiento o la rehabilitación forzada.

**4 Participación.** Los países deben hacer participar a las y los jóvenes que son los más afectados (incluidos los jóvenes usuarios de drogas y personas que viven con VIH/sida) con una participación significativa en la política sobre drogas y los programas de desarrollo, de aplicación y de evaluación en todos los niveles. Los jóvenes usuarios de drogas, los jóvenes que viven con VIH y, en general, los jóvenes latinoamericanos, no debemos perder nuestro derecho a la participación. Ello es nuestro derecho a ser incluidos en las decisiones que afectan nuestras vidas.

No se nos debe incluir solo porque nos “veamos bonitos” o porque sea políticamente correcto. El ejemplo concreto viene del movimiento de VIH/sida. Ahí, durante muchos años no se incluyó a las y los jóvenes, porque los adultos no querían hacer frente a la realidad de las relaciones sexuales que tenemos quienes estamos entre 12 y 25 años. Nuestras sociedades no querían que se hablara o tocara el tema y, por supuesto, ello eliminaba cualquier intento o programa de prevención. Lo mismo hace el tabú y el confiar en que el problema se resolverá confiando en Dios, como hace Calderón.

El problema que cruza las drogas es estructural. Muchos de ustedes sentados aquí tienen responsabilidades distintas en la lucha contra las drogas. Considerar qué tipo de sociedad ofrecen a las y los jóvenes en sus respectivos países es muy importante. Piensen, por ejemplo, en el número de afiliación al seguro y en la necesidad de tener una vivienda asequible. ¿Cuántos jóvenes en sus comunidades tienen acceso a oportunidades de educación y empleo, o a servicios de apoyo social?

En la medida en que vayamos construyendo juntos, con un verdadero diálogo intergeneracional, multicultural y preponderantemente intersectorial, comenzaremos a identificar estrategias holísticas que respondan al contexto y a la problemática social generalizada en la región. El problema de la droga

no es solo la droga. La política de drogas debe vincularse con otras agendas estratégicas. Debe integrar y sumarse a la discusión sobre trabajo decente, sobre economía, sobre urbanidad, sobre seguridad.

Hay que ver que en estos foros esté la academia, estén las organizaciones de la sociedad civil, los partidos políticos y sus funcionarios, que estén los sindicatos y los jóvenes de comunidades móviles, los jóvenes ex-reclusos, los jóvenes de la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero, los que viven con VIH, los que están en situación de calle o en situación de riesgo. Al final, son ellos quienes tienen la experiencia en carne propia. Son ellos quienes deben generar los programas de reducción de daños, atención y tratamiento, y son ellos quienes deben acompañar como expertos máximos a quienes dibujan las políticas de drogas.

Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

### ■ Referencias

ONU (2007): *World Population Prospects: The 2006 Revision*. Edición extendida en CD-rom.

Silva Herzog-Márquez, Jesús (2009): "Calderón contra el abismo ateo", en: *Milenio*. Disponible en <http://impreso.milenio.com/node/8599773>.

# UN CAMINO HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS CONCERTADAS

**Graciela Touzé**

Trabajadora social, especialista en Ciencias Sociales y Salud. Presidenta de Intercambios Asociación Civil. Profesora e investigadora en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Argentina).

## ■ Del dicho al hecho...

Cada vez más en el discurso nacional e internacional, la sociedad civil es reconocida como un actor político clave.

En febrero de 2003, el entonces secretario general de la ONU, Kofi Annan, nombró un grupo de personas eminentes, bajo la conducción del ex presidente de Brasil, Fernando Henrique Cardoso, para que estudiara el tema de las relaciones entre la ONU y la sociedad civil. Se le encargó a este grupo que examinara las directrices, decisiones y prácticas actuales relativas al acceso de las organizaciones de la sociedad civil a las deliberaciones y procesos de la ONU y a su participación en ellos; que identificara las mejores prácticas del sistema de la ONU y otras organizaciones internacionales con el fin de encontrar nuevos y mejores modos de interactuar con las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil; que buscara formas de facilitar la plena participación de los actores de la sociedad civil de los países en desarrollo en las actividades de la ONU y que examinara cómo se organiza la Secretaría para facilitar, gestionar y evaluar las relaciones de las Naciones Unidas con la sociedad civil y cómo aprovechar las experiencias de los diversos integrantes del sistema (Asamblea General de la ONU, 2004).

Al año siguiente, Kofi Annan, declaraba: “La asociación entre las Naciones Unidas y la sociedad civil no es una opción... es una necesidad”. Poco tiempo antes, durante la Tercera Cumbre de las Américas, celebrada en Quebec en abril de 2001, los presidentes del continente americano decían en su declaración: “Nosotros, los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas [...] recibimos con beneplácito y valoramos las contribuciones de la sociedad civil al Plan de Acción. Afirmamos que la apertura y transparencia son vita-

les para el fortalecimiento de la concientización pública y la legitimidad de nuestras tareas”.

Ahora bien, ¿cómo se traducen estas resonantes declaraciones en el campo de las políticas de drogas? La realidad se aparta dramáticamente de esas manifestaciones de reconocimiento a la sociedad civil. En verdad, su involucramiento en el diseño de políticas de drogas en los niveles nacional, regional e internacional es francamente pobre. La participación de las ONG en las sesiones de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas y de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos resulta muy limitada y difícil, y en los países de la región son escasos o nulos los mecanismos de consulta a las ONG.

## ■ ¿Por qué las ONG queremos/debemos incidir en las políticas de drogas?

Entre las personas y las organizaciones que aspiran a influir en políticas y programas públicos se ha extendido el concepto de incidencia política, que es muy utilizado en la actualidad, principalmente por ONG y de base comunitaria, y que ayuda a ampliar la capacidad de intervención de las poblaciones afectadas. McKinley y Baltazar (2005: 21) definen a la incidencia política como “los esfuerzos de la ciudadanía organizada para influir en la formulación e implementación de las políticas y programas públicos, a través de la persuasión y la presión ante autoridades estatales, organismos financieros internacionales y otras instituciones de poder. Son las actividades dirigidas a ganar acceso e influencia sobre las personas que tienen poder de decisión en asuntos de importancia para un grupo en particular o para la sociedad en general”.

En el campo de las políticas de drogas encontramos dos razones fundamentales para que la sociedad civil desarrolle acciones sistemáticas de incidencia política.

La primera de estas razones remite a la necesidad de revisar el contenido de las políticas, dado que las actuales tienen efectos dañinos y contraproducentes. Se requiere un enfoque más humanitario basado en el pleno respeto a los derechos humanos, y este requisito merece una activa participación social.

La segunda razón se asienta en la necesidad de revisar los procedimientos de las políticas de drogas. En su proceso de definición hace falta establecer un debate más democrático, mayor transparencia y sensibilidad a las demandas sociales. Es preciso entonces que entendamos a la incidencia política como una herramienta para la participación ciudadana y como una forma de ejercicio de poder. Solo mediante persistentes y confluyentes iniciativas, podremos avanzar en nuestras agendas y tener impacto en las políticas públicas, influyendo en la toma de decisiones sobre asuntos que afectan la vida de millones de personas.

### ■ La experiencia de Intercambios Asociación Civil

Desde sus inicios, nuestra organización centró su trabajo en tres dimensiones, necesariamente interrelacionadas:

- 1** La **investigación** en el campo del uso de drogas para interpretar los contextos en los que intervenimos.
- 2** La **intervención** como puesta en práctica de dispositivos preventivos y asistenciales para usuarios de drogas.
- 3** La **incidencia política** para construir espacios de aceptación y legitimación de políticas y estrategias alternativas a las hegemónicas.

Es esta lógica institucional la que ha orientado un plan sistemático de incidencia conducido por tres grandes objetivos: promover iniciativas de reforma de las políticas de drogas mediante la difusión de evidencia científica, y la organización de espacios de debate nacionales y regionales; propiciar cambios en la legislación y la política pública en materia de drogas, con la intención de reforzar los principios de salud pública y derechos humanos; y contribuir a la consolidación de una plataforma latinoamericana de coordinación de esfuerzos gubernamentales y no gubernamentales hacia la reforma de las políticas de drogas.

Las estrategias que nos hemos dado para la consecución de estos objetivos incluyen una línea sostenida de información pública con vistas a consolidar un discurso social favorable a las políticas de drogas alternativas. Los instrumentos de diseminación de la información son el boletín trimestral *Intercambiando ideas para la reforma de la política de drogas*, la edición de publicaciones técnicas y la organización de eventos de sensibilización y capacitación de diversos actores sociales, en particular las conferencias nacionales sobre políticas de drogas desarrolladas ininterrumpidamente desde el año 2003. Otra estrategia es el establecimiento de redes de incidencia política centradas en las reformas legislativas. Para ello, el contacto sostenido con legisladores y otros actores políticos y el armado de espacios de encuentro y debate son las principales acciones. Por último, la tercera estrategia es la cooperación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales locales, nacionales e internacionales, para crear agendas comunes y coordinar esfuerzos.

Este recorrido ha conducido a diversos logros a distintos niveles. A nivel nacional, nos ha posibilitado contribuir a instalar el debate acerca de la necesaria reforma de las políticas de drogas y constituirnos en interlocutores de los poderes públicos. Por otra parte, permitió forjar alianzas con diversas organizaciones sociales y académicas, y establecernos como una referencia



para los medios de comunicación social. A nivel regional, promovió la conformación del Grupo Latinoamericano de Políticas de Drogas (GRULAD), un conjunto de personas, miembros de organizaciones de la sociedad civil, de organismos gubernamentales, y especialistas en diversos aspectos vinculados al tema drogas, de los países latinoamericanos, que constituye un instrumento de comunicación, intercambio de información y cooperación mutua, que articula esfuerzos tendientes a impulsar en la región políticas no punitivas así como promover las estrategias de reducción de daños. Asimismo, se ha fortalecido el capítulo latinoamericano del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, una red mundial de ONG y organizaciones profesionales. En los últimos dos años se promovió la consulta regional a ONG “Más allá del 2008”, en el marco de la evaluación de las metas de la Sesión Especial sobre drogas de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1998, y se establecieron canales de cooperación con otras redes regionales, como la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social, la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogadependencias, la Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, entre otras.

A nivel internacional, logramos favorecer la presencia latinoamericana y las necesidades de la región en foros internacionales como la Red de Redes de Reducción de Daños, el Consorcio Internacional de Políticas de Drogas y el Foro Mundial de ONG “Más allá del 2008”. Asimismo, cooperando con gobiernos y ONG afines, nos sumamos al movimiento global por políticas de drogas más humanitarias y llegamos a constituirnos en interlocutores de las agencias multilaterales.

Como reflexión final me gustaría señalar que introducir cambios en las políticas de drogas implica procesos de articulación y negociación con actores sociales diversos, para lo cual es imprescindible hallar mecanismos más aptos de concertación. Solo estos procesos darán la oportunidad de incluir en las políticas de control de la demanda y la oferta de drogas, las propuestas de los movimientos sociales que trabajan con los efectos negativos de la “guerra contra las drogas”.

Buenos Aires, 7 de agosto de 2009.

### ■ Referencias

- Asamblea General de la ONU (2004): “Fortalecimiento del sistema de las Naciones Unidas”, 58º período de sesiones, tema 59 del programa. Nota del Secretario General, 11 de junio.
- McKinley, A. y P. Baltazar (2005): *Manual para la facilitación de procesos de incidencia política*. Guatemala: WOLA y CEDPA.

# EL PAPEL DEL MEDIADOR

**Andrea Domínguez Duque**

Periodista. Forma parte del Proyecto sobre Drogas y Democracia de la organización Viva Rio (Brasil), y es editora de *Antena: revista latinoamericana sobre políticas de drogas*.

Para abordar el tema de las iniciativas políticas de la sociedad civil en materia de drogas, voy a exponer el caso de la organización no gubernamental Viva Rio, de Brasil. Esta organización se concibe como un mediador en la sociedad. Si me permiten un símil con el fútbol, Viva Rio sería el equivalente a un mediocampista que pasa la bola entre diversos sectores de la sociedad y que luego de un “toque-toque” creativo en el que se arma la jugada, finalmente ubica la pelota entre los delanteros, que serían las instituciones e individuos con capacidad y representatividad para generar políticas requeridas por la sociedad.

El rol de mediador que esta organización surgida en Río de Janeiro viene desempeñando durante los últimos 15 años en áreas como el control de armas, la profesionalización de la policía y la inclusión social de jóvenes habitantes de comunidades carentes, es el mismo papel que pretende desempeñar en el planteamiento de iniciativas políticas sobre drogas. El punto de partida de estas iniciativas políticas es la Ley 11.343, de 2006, cuyo principal aporte fue diferenciar al usuario del vendedor de drogas. Pero antes de llegar a esa Ley, y desde que las drogas pasaron a ser un tema de política pública en Brasil, varias tendencias orientaron el rumbo de esta cuestión sin que las decisiones tomadas por las autoridades hayan surgido de discusiones amplias ni propuestas de largo plazo.

En las primeras décadas del siglo XX, un enfoque médico-sanitario establecía que el usuario de drogas acudiera directamente al sistema de salud en caso de necesidad. Luego vino un endurecimiento de la política insertada en el marco mundial de la lucha contra las drogas, que tuvo su auge después de la declaración de guerra a las drogas proferida por el expresidente estadounidense Richard Nixon.

En 2002, durante el gobierno del presidente Fernando Henrique Cardoso, se diseñó en Brasil una política de drogas y se creó la Secretaría Nacional Antidrogas. A partir de ese momento empezó un proceso de cambio lento, hacia una visión más compleja del tema. En 2003, durante el primer gobierno del presidente Luiz Inácio Lula da Silva, hubo una pequeña transformación de esa Secretaría Nacional Antidrogas a una Secretaría Nacional sobre Drogas, lo que no solo fue un cambio semántico, sino una muestra de un cambio de postura.

Aunque en la práctica todavía está lejos de ser una política de drogas verdaderamente enfocada en salud y eficiente a la hora de lidiar con los desafíos derivados del comercio de drogas, por lo menos sentó las bases para empezar a reconocer al usuario de drogas como un paciente del sistema de salud y no como un criminal, como lo consagró la mencionada Ley de Drogas de 2006. Aunque el uso de drogas continúa siendo ilegal, dicha Ley establece que el usuario no recibe castigo penal, sino apenas sanciones educativas, como asistir a cursos para aprender sobre los efectos de las drogas o realizar algún tipo de trabajo comunitario. Pero al tiempo que libra al usuario de la pena de cárcel, la Ley 11.343 endurece las penas contra los vendedores de drogas sin establecer una diferencia entre el tipo de punición que debe recibir un pequeño vendedor al menudeo y el que debe aplicársele a un traficante que forma parte de organizaciones criminales involucradas en control de territorios a través del uso de armas.

La violencia urbana, así como la congestión carcelaria a causa de las múltiples aprehensiones a pequeños vendedores son dos de las mayores preocupaciones en el país, derivadas de la guerra contra las drogas. De hecho, los condenados por tráfico de drogas en Brasil representan el segundo contingente del sistema carcelario con cerca de 70 mil personas, después de las 79 mil recluidas por hurto calificado. Una investigación realizada recientemente por la Universidad Federal de Río de Janeiro y la Universidad de Brasilia establece el perfil de la mayoría de los detenidos por venta de drogas ilegales. Se trata de reos primarios, jóvenes de sexo masculino, habitantes de favelas, que son sentenciados a un mínimo de cinco años de prisión por portar pequeñas cantidades de droga, aunque en la gran mayoría de los casos actúen individualmente y no bajo un esquema de organización criminal. Este perfil se lleva la peor parte, porque la Ley de Drogas no establece penas alternativas ni diferencias punitivas según las cantidades incautadas. Es lo mismo traficar 10, 20 o 30 gramos.

Sin embargo, hay un clima político favorable al cambio. Aunque las elecciones presidenciales de 2010 pueden opacar este clima, no se puede negar la relativa apertura que han ganado las discusiones sobre el tema en el nivel gubernamental. En julio de 2009, Viva Rio organizó, junto con otras entidades, un seminario de políticas de drogas al que invitó a sectores de la sociedad civil y que produjo como resultado un documento con recomendaciones que

serán enviadas a la Primera Conferencia Nacional de Seguridad Pública.<sup>1</sup> Esta Conferencia es un espacio que se ha abierto para la democratización de las discusiones sobre políticas relacionadas con la seguridad pública en el país. Recibirá propuestas de todos los sectores sociales y para ello se han venido realizando conferencias municipales, estatales y federales que aglutinan un número importante de principios y directrices sobre la estrategia que debe seguir Brasil para enfrentar el desafío de la inseguridad.

En este seminario que elaboró su propia lista de principios y directrices sobre el tema de drogas y la seguridad ciudadana, estuvieron presentes algunos miembros del gobierno, quienes mostraron la disposición oficial a discutir el tema. Por ejemplo, Madalena Libério, la representante del Ministerio de Salud, reconoció que “el paradigma de un mundo sin drogas sobre el que trabajamos demostró ser imposible [...]. Tenemos que salir de una posición de tratamientos morales y tratar a las personas”. Mientras tanto, el ministro Paulo Vanucchi, Secretario de Derechos Humanos, manifestó que “existe consenso entre los ministerios de Justicia y Salud y la Secretaría de Derechos Humanos de que el tema debe ser tratado nacionalmente como asunto de salud pública, dentro de la estrategia de reducción de daños [...]. Ninguna política sobre drogas será eficiente mientras el tema continúe lleno de tabúes y prejuicios”. También el ministro de Medio Ambiente, Carlos Minc, le hizo un guiño al cambio de política sobre drogas al asistir a la Marcha de la Maconha (Marcha de la Marihuana) y aunque fue muy criticado por otros miembros del gabinete que consideraron ésta una forma polémica de expresarse, lo cierto es que existe ese tipo de apertura.

Desde Viva Río creemos que podemos mediar en este debate e impulsar el diseño de una nueva política de drogas. De lo que se trata es de impulsar a la sociedad en ese proceso de desarrollo de nuevos criterios, que al final podrán influir en el desarrollo de una política más eficiente y humana.

### ■ La campaña de desarme como modelo

Viva Río es una organización que nació hace 15 años en Río de Janeiro como respuesta de la sociedad a una ola de violencia que venía en aumento, a partir de dos episodios trágicos que desencadenaron una reacción en la opinión pública: la masacre de 8 niños y jóvenes habitantes de la calle frente a la iglesia La Candelaria, en el centro de Río, y la matanza de 22 personas a manos de un comando de encapuchados en una *favela* de la zona Norte de la ciudad. Las tragedias movilizaron a la sociedad en una campaña de repudio a la violencia que motivó la integración de un grupo 40 personas representativas de diversos sectores de la sociedad, quienes conformaron Viva Río.

<sup>1</sup> N. de la E.: La Primera Conferencia Nacional de Seguridad Pública tuvo lugar en Brasilia del 27 al 30 de agosto de 2009.

El tema principal de trabajo de la organización es la violencia armada. Cómo desarrollar fórmulas para bajar los índices de violencia, es una cuestión que busca constantes respuestas en Viva Rio y es a través de esta preocupación que llegamos al tema de las drogas. Las áreas de trabajo concretas de la organización son: jóvenes víctimas y victimarios de violencia, para lo cual se hacen trabajos de inclusión social de los menores en proyectos de diversa índole; policía y sociedad, que ha ofrecido capacitación a policías en ejercicio en temas de derechos humanos; y control de armas, partiendo de la base de que la proliferación de armas ilegales y el mercado negro alimentan la violencia.

Además, hemos adelantado acciones de desarrollo local de diverso tipo y asesorías internacionales en lugares culturalmente afines, como algunos países de África de habla portuguesa y Haití. En las distintas áreas de trabajo, las líneas de acción son la investigación, las campañas masivas de opinión pública, la ejecución de proyectos concretos y la propuesta y acompañamiento de políticas públicas como resultado de todos estos procesos. En algunos casos lo que se pretende es la formulación de una nueva legislación o una reforma de las instituciones.

La campaña de desarme nos sirve como modelo transferible al desafío de generar una nueva política de drogas. Dicha campaña, liderada por Viva Rio comenzó con la integración de la Red Internacional de Armas Pequeñas (International Action Network on Small Arms) de la cual Viva Rio es uno de los fundadores. Luego vino la informatización de registros de armas para determinar la cantidad de armas en circulación, la identidad de quienes las portaban y el estado de cada arma. Hubo varias campañas masivas de opinión que pretendían alcanzar a todas las personas que pudieran estar relacionadas con un portador de un arma ilegal, como sus madres, novias, esposas, hijas y amigas. La idea fue generar conciencia de que se estaba conviviendo con las armas como si fuera lo más normal y propiciar una reflexión alrededor de la necesidad o no de tener el arma. Se desarrolló una base de datos con la participación de la policía y se llevó el tema a la ONU para darle visibilidad internacional. Todo este proceso dio como resultado el estatuto del desarme, que fue una ley que regularizó la tenencia y porte de armas.

¿Qué tiene que ver esto con el cambio de la política de drogas? Muchas de las acciones realizadas a lo largo de la campaña de desarme se pueden replicar en el tema de drogas. Armas y drogas son los dos vectores principales de la violencia en la ciudad.

Viva Rio se piensa como un mediador entre diversos sectores que pueden estar distantes entre sí, que pueden ser opuestos. El objetivo es convocarlos y hacer que no se levanten de la mesa, que podamos trabajar en el desarrollo de una política y no nos quedemos solamente en el nivel de la controversia.

¿Cuál es la estrategia específica en el proyecto de drogas? Primero, estamos alimentando un diálogo basado en información, no en prejuicios. ¿Cómo se hace esto? Participando en eventos académicos, intercambiando saberes y

experiencias. Vamos a hacer cuatro seminarios temáticos, a los que vamos a invitar a diferentes sectores de la sociedad civil, y con el producto de esos seminarios se alimentará el debate en los medios de comunicación para que la discusión llegue a las casas de la gente y todo el mundo se mantenga interesado en el tema de drogas.

Otro componente de la estrategia es involucrar a personalidades importantes de la sociedad brasileña en el debate público. En este sentido lo que ya hicimos fue convocar a la Comisión Brasileña de Drogas y Democracia, que es una versión brasileña de la Comisión Latinoamericana de Drogas y Democracia integrada por los presidentes Fernando Henrique Cardoso, César Gaviria y Ernesto Zedillo y que se posicionó abiertamente en contra de la guerra contra las drogas, exigiendo un abordaje más realista y eficiente. La participación de personalidades en este tipo de procesos es fundamental: en Brasil tuvo enorme impacto que el expresidente Cardoso se posicionara a favor de la legalización de la marihuana. Lo hizo en el marco de un diálogo sobre la prevención, los derechos humanos y la necesidad de combatir el crimen, pero esa sola frase ganó la atención de muchas personas y provocó más de un debate.

Por eso hemos conformado la Comisión Brasileña, que tiene como integrantes a ministros del Supremo Tribunal Federal, al vicepresidente del conglomerado bancario más grande del país y del continente, a directivos del grupo de medios más influyente, a investigadores, un diputado federal, médicos, abogados y personajes del mundo del arte y el deporte. Es decir, gente de muchos sectores, de lo más conservador a lo más liberal de la sociedad, para que a través de sus debates se canalicen y discutan ideas nuevas.

El tercer componente del proyecto es influir en la formulación de políticas de drogas porque la idea es que todo esto conduzca a una reforma legal, articulándonos en red con otras organizaciones que vienen trabajando el tema desde hace muchos años, como Psicotropicus o Intercambios, y a nivel global con otros como el IDPC (International Drug Policy Consortium). El objetivo es compartir y circular información de calidad, basada en la ciencia y la investigación social, para que llegue a más y más gente y ayude a combatir los argumentos que se basan en el miedo y en la ignorancia.

■  
Buenos Aires, 6 de agosto de 2009.



# UNA HERRAMIENTA PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

**Ann Fordham**

Magíster en Derechos Humanos por la Universidad de Sussex (Reino Unido). Coordinadora del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. Anteriormente se desempeñó en la International HIV/AIDS Alliance.

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (International Drug Policy Consortium, IDPC) es una dinámica y activa red global de ONG que promueve políticas de drogas efectivas, basadas en la evidencia, y humanitarias. Fue fundado en 2006 por un grupo de ONG que estaba trabajando sobre la reforma de las políticas de drogas, y la base para establecer la red fue crear una estructura global de incidencia política y comunicación para abogar en esa dirección. Actualmente somos 56 miembros y pronto seremos 60, ya que aceptamos un miembro de Italia, otro de Portugal y dos de América Latina, región que, con estas nuevas organizaciones aumentará el número de miembros a 12. América Latina es nuestra red regional más vibrante y activa, por lo tanto nuestro segundo idioma es el español y en nuestra página web podrán encontrar que la mayoría de nuestras publicaciones y materiales están disponibles en español. Entonces, dentro de la red del IDPC hay muchos expertos que han trabajado sobre varios aspectos de las políticas de drogas, muchos de ellos han estado involucrados en escribir y revisar las políticas gubernamentales sobre el control de drogas.

Usando esta experiencia en la estructura que hemos creado, aspiramos a proveer un mecanismo para que la sociedad civil se involucre constructivamente con los gobiernos nacionales y las agencias internacionales en esta área desafiante del diseño de políticas. Nuestra misión es construir la capacidad de los grupos de la sociedad civil para que se relacionen e influyan en los procesos de diseño de políticas. Por ejemplo, cada año durante el periodo preparatorio para el encuentro de la Comisión de Estupefacientes en Viena, proveemos asesoramiento y apoyo en temas logísticos y también en cuestiones de fondo a través de la preparación de documentos informativos y notas de apoyo. Esto



requiere de la comunicación y cooperación entre nuestros miembros y otras partes interesadas, para ampliar el espacio para el diálogo honesto sobre políticas de control de drogas. Compartir las lecciones aprendidas y experiencias de un país a otro y de región a región es crítico para promover la agenda de reforma. Entender el impacto de los cambios en las políticas de un país puede ayudar a informar el debate en otro; entonces es crítico traer experiencias a los foros internacionales para influir cambios positivos ahí también.

La Guía sobre Políticas de Drogas es nuestra última y más importante publicación. Creímos necesario resumir la evidencia global, y las mejores prácticas en políticas y programas sobre drogas. Los gobiernos enfrentan un período incierto en el campo de las políticas de drogas, y hay evidencia y reconocimiento crecientes de que el abordaje dominante sobre el control de drogas no ha logrado lo que se había propuesto. En 2008, la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, que incluía al ex presidente de Brasil, Fernando Henrique Cardoso, hizo pública una declaración que contenía esta condena a lo que consideran una guerra fallida: “Las políticas prohibicionistas basadas en la represión de la producción y la distribución, así como la criminalización del consumo, no han producido los resultados esperados. Estamos más lejos que nunca del objetivo de erradicación de las drogas”.

Por más de cien años, los gobiernos han confiado en el uso de la desaprobación social, en las medidas punitivas y el refuerzo de la ley para disuadir a cultivadores potenciales, traficantes y consumidores. Esta estrategia ha sido religiosamente llevada a cabo con la esperanza de reducir el mercado de drogas, y con ello, reducir los problemas sociales y de salud causados por el uso de drogas. Desafortunadamente, en la realidad este no ha sido el caso. Este abordaje de seguridad, dirigido por la aplicación de la ley, no ha disminuido la escala del mercado de drogas, en cambio, ha traído un gran número de consecuencias negativas que son cada vez más difíciles de ignorar por los responsables políticos.

Además de violaciones a los derechos humanos de los consumidores, el sistema actual ha generado una gigantesca y organizada red criminal. Datos de la ONU calculan que el mercado de drogas ilícitas asciende a 320 billones de dólares estadounidenses por año. Estas grandes ganancias ilegales conducen a la corrupción y a la violencia, y esto es particularmente relevante para la región latinoamericana. La Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia resaltó en su declaración los críticos problemas causados en esta región por la violencia y el crimen organizado asociados al comercio de drogas. El uso de drogas sigue creciendo en esta región y Latinoamérica continúa siendo el exportador más grande de cocaína y cannabis, y está creciendo como productor de opio y heroína para el mercado global.

Los niveles de violencia relacionados con las drogas son sumamente altos en muchos países de la región y solo necesitamos pensar en el ejemplo reciente de México para ver eso. Entonces, dentro de la prohibición existe una paradoja.

Los gobiernos piensan que el abordaje que están llevando a cabo les da control sobre el mercado de drogas, pero la verdad es que no tienen control. La verdad es que todo el control con respecto al comercio global de las drogas lo tienen los criminales. Esto también se hace evidente en el desplazamiento de la política, ya que tanto los recursos políticos como financieros están concentrados en medidas orientadas a la reducción del crimen, en detrimento de los programas de salud y de desarrollo. Esto nos lleva a temas de salud. Hemos sido testigos de una explosión de las tasas de VIH entre las personas que usan drogas inyectables. La criminalización de los consumidores de drogas los estigmatiza y margina, al mismo tiempo que les impide el acceso a medidas de reducción de daños que salvan vidas, y además el riesgo de VIH es mayor en cárceles y entornos cerrados. La aplicación de las leyes sobre drogas coloca una gran carga sobre los sistemas judiciales y penitenciarios. Mundialmente, el encarcelamiento por delitos no violentos por drogas ha alcanzado niveles sin precedentes. Los Estados Unidos son un buen ejemplo, tienen la población encarcelada más grande del mundo, con 2,3 millones de personas, de las que aproximadamente 500 mil son encarcelados por violar una ley de drogas.

Reconociendo estas consecuencias y considerando también los grandes gastos públicos, un número de gobiernos nacionales parecen dispuestos a considerar estrategias alternativas que serían más efectivas y menos perjudiciales para ellos mismos. La despenalización del uso de drogas y de la posesión para el uso personal en Portugal en 2001 ha tenido varios resultados positivos, que incluyen una disminución en la prevalencia de VIH, la reducción de muertes relacionadas con drogas y también una disminución del número de usos problemáticos de drogas y/o de delitos relacionados con drogas. Algunos países latinoamericanos han dado pasos hacia la despenalización; hace solo tres semanas empezó en México un debate sobre la legalización, mientras cuentan el número de asesinatos relacionados con las drogas, que son aproximadamente 28.000. Entonces, cada vez más el uso de drogas está siendo considerado un tema de salud y los objetivos de las políticas están cambiando de rumbo: desde la irreal meta de una sociedad libre de drogas hacia metas más accesibles de reducción del daño y de violencia relacionada con la droga. Es en este contexto de apertura política y nuevas oportunidades de incidencia, que decidimos escribir la Guía sobre Políticas de Drogas del IDPC. Reitero que uno de nuestros objetivos es que los políticos se involucren en la cuestión del control de drogas, para lo cual queremos proveerlos con la mejor evidencia disponible para promover políticas basadas en principios de derechos humanos, salud pública, y desarrollo sostenible. La Guía es una manera a través de la cual proponemos facilitar este compromiso.

En 2009 llamamos a un número de expertos, dentro y fuera de nuestra red, para contribuir en esta publicación única y para que, basados en evidencia y experiencia, asesoraran sobre políticas. Estamos muy orgullosos de este documento porque representa una iniciativa realmente colaborativa dentro de

la red. La guía adopta un abordaje pragmático y busca en la evidencia global ejemplos de la mejor práctica. Provee, a diseñadores de políticas, guías orientadas hacia lo que realmente funciona mejor y cómo pueden mejorar sus estrategias nacionales en los campos de justicia criminal y temas socio-sanitarios, así como en desarrollo alternativo, para que se adapten a las especificaciones locales de su país. Todas nuestras recomendaciones se basan en un abordaje equilibrado entre oferta y demanda, y cada capítulo integra los cinco principios básicos del IDPC:

- 1** Las políticas de drogas se deberían desarrollar mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y las pruebas empíricas.
- 2** Todas las actividades se deberían desplegar en plena conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
- 3** Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias nocivas de las drogas y no en las dimensiones del consumo y los mercados de estas sustancias.
- 4** Las políticas y actividades deberían perseguir el fomento de la integración social de grupos marginalizados y no centrarse en medidas punitivas con respecto a ellos.
- 5** Los gobiernos deberían construir relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil para debatir y desarrollar sus estrategias.

El primer capítulo de la Guía desarrolla detenidamente estos principios y refuerza la idea de que son centrales para la formulación de políticas de drogas humanitarias, justas y eficaces. El segundo se refiere a justicia penal y trabaja aspectos vinculados a la reforma de las leyes en materia de drogas, la aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas, la reducción de los encarcelamientos y políticas eficaces para centros penitenciarios. El tercero trata sobre programas sociales y sanitarios, prevención en materia de drogas, tratamiento para la dependencia de drogas y reducción de daños. El cuarto es sobre fortalecimiento de las comunidades mediante la reducción de la violencia de los mercados de drogas, el fomento de medios de vida alternativos y la protección de los derechos de los pueblos indígenas.

Resulta claro que los abordajes simplistas de “guerra contra las drogas” no están teniendo éxito en erradicar el problema de las drogas. La respuesta hasta ahora ha sido contraproducente y ha implicado un despilfarro económico. Es crítico considerar el número creciente de opciones de políticas y programas que están disponibles y que no están principalmente apuntados a reducir la escala del mercado, pero que son eficaces en el tratamiento de

los daños asociados con los mercados de drogas y el consumo de drogas. Los recursos deberían enfocarse en objetivos, como reducir el poder del crimen organizado, prevenir la propagación de virus de transmisión sanguínea, proveer alternativas al encarcelamiento, promover la salud pública y el desarrollo económico. La Guía hace recomendaciones hacia este fin, utilizando estudios de casos, y también contiene una lista extensa de referencias.

La Guía está dirigida principalmente a los diseñadores de políticas, pero la consideramos también una importante herramienta de incidencia. Como ya mencioné, uno de nuestros objetivos es aumentar la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil para comprometerse en el debate político y tener un diálogo constructivo con los diseñadores de políticas. La Guía puede usarse como manera de iniciar discusiones sobre políticas de drogas con aquellos que tienen el poder y la influencia para realizar cambios. Algunos miembros del IDPC han estado considerando distintas maneras de usarla en sus regiones, no solo como un documento de referencia, sino también, por ejemplo, como base para programas de entrenamiento de trabajadores de reducción de daños y activistas.

■  
Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.



# LA PERSPECTIVA DE LOS ORGANISMOS MULTILATERALES

Los distintos organismos internacionales y agencias del sistema de la ONU influyen en las políticas de los Estados a través de la elaboración de recomendaciones, estudios e informes sobre la temática de drogas. Estos aportes se realizan alineados a convenciones internacionales que resultan fuertemente contradictorias, ya que abogan por el respeto a los derechos humanos y, al mismo tiempo, sostienen la “guerra contra las drogas”, paradigma basado en un enfoque prohibicionista, punitivo y criminalizador, especialmente sobre quienes más sufren sus consecuencias, los usuarios y usuarias de drogas, que ya ha demostrado su fracaso.

En los últimos años se ha logrado un avance político muy grande al acordar, en el marco de la salud pública y el respeto a los derechos humanos, la meta del acceso universal a programas amplios de prevención y servicios integrados de tratamiento y apoyo para los usuarios de drogas. Tal es así que en marzo de 2009, en la 54ª Sesión de la Comisión de Estupefacientes –el encuentro anual donde los países miembro de la ONU señalan los lineamientos que debe seguir la Oficina de la ONU contra las Drogas y el Delito (ONUDD)–, se incorporó por primera vez en un informe oficial la “reducción de daños” como opción legítima dentro de una estrategia de prevención integral para usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, las acciones implementadas no resultan suficientes ni sistemáticas en América Latina, y los derechos y necesidades de las personas que usan drogas siguen siendo ignorados.

No caben dudas de que los organismos multilaterales constituyen un actor clave en el desarrollo de las políticas de drogas en la región y hacen su aporte a la construcción de la agenda pública mediante sus programas de asistencia técnica y financiera; por esto, forman parte de la construcción social del paradigma vigente sobre drogas y su voz resulta indispensable para discutir el estado de la cuestión: el lugar que los usuarios de drogas tienen en sus agendas puede colaborar u obstaculizar la atención que se brinde a las necesidades de estas poblaciones.

Este capítulo presenta los aportes a este debate de representantes de la ONUDD, del Programa Conjunto sobre VIH/sida, de la Organización Panamericana de la Salud, del Programa de la ONU para el Desarrollo y de la agencia de cooperación Alianza Internacional contra el VIH/sida.

Las intervenciones que siguen describen cómo la temática del VIH/sida fue incluida en los organismos multilaterales transversalmente, como un problema político y de desarrollo humano, y habilitó compromisos y ayuda a los Estados para aumentar el acceso a medicamentos y tratamientos, así como el reconocimiento de la necesaria participación de las poblaciones más afectadas; en qué manera este proceso se replica con la temática de las drogas es un desafío que, entendemos, aún está pendiente. Es importante que la problemática de las drogas sea abordada por estos organismos desde su complejidad e integralidad, y no solamente como una situación subsidiaria de otras temáticas. Asimismo, es necesario que se considere al colectivo de usuarios y usuarias de drogas en su totalidad y se reconozcan las diversas condiciones de vulnerabilidad que deben ser atendidas desde una perspectiva que priorice a todas las personas que usan drogas como sujetos de derechos.

A su vez, así como la historia de la conformación de los organismos multilaterales de derechos humanos ha respondido a sucesos históricos, sociales, económicos y políticos de nuestra sociedad global, el desafío que se presenta hoy es en qué medida estos organismos pueden aportar a un cambio de paradigma y de prácticas en relación a las drogas, cambio que se viene planteando a fuerza de la evidencia científica que sustentan las estrategias de reducción de daños, la descriminalización y las políticas alternativas a la prohibición y la represión.

Para afrontar estos desafíos, y que los avances realizados en el reconocimiento de la necesidad de una política integral más humana y eficiente, y articulada entre agencias y gobiernos, se concreten en la realidad, es fundamental mejorar la participación de la sociedad civil en estos organismos, en particular la de las propias poblaciones afectadas, y exigir que los compromisos políticos y financieros estén en línea con las evidencias científicas antes que con los prejuicios.

## **Agostina Chiodi**

Licenciada en Ciencia Política por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Integrante del Área de Relaciones Institucionales de Intercambios Asociación Civil.

# EL USUARIO DE DROGAS EN LA AGENDA DE LOS ORGANISMOS MULTILATERALES

**Bo Mathiesen**

Magister en Ciencia Política y Economía por la Universidad de Copenhague (Dinamarca) y especialista en Desarrollo Económico por la Universidad del Estado de Río de Janeiro (Brasil). Ocupó diversos cargos en la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito y desde junio de 2009 es el representante para Brasil y el Cono Sur de esta agencia.

Es evidente que el tema de las drogas ha adquirido gran importancia en todo el mundo, no en vano es que desde la década de 1960, los países miembros de la ONU han firmado tres convenios sobre el tema: la Convención Única sobre Estupefacientes en 1961, la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas en 1971, y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas en 1988.

Sin embargo, la preocupación por el abuso de drogas es antigua, hace un centenar de años la comunidad internacional se reunió para encontrar soluciones conjuntas al problema del consumo de opio en China. En 1906 una cuarta parte de los hombres adultos de China era adicta al opio, era la epidemia más grande que enfrentaba un país en la historia humana. Hoy en día casi todos los países han adherido a los convenios que existen, que tienen como objetivo principal el de prevenir el uso de las drogas para proteger a las personas de las consecuencias negativas de las sustancias que pueden ser perjudiciales para la salud. Sin duda, es el usuario el que debe estar en el foco de las discusiones sobre políticas públicas de drogas; estas deben considerar la prevención y las necesidades de asistencia y tratamiento, y el apoyo integral de la salud de los usuarios problemáticos, así como también considerar la seguridad pública por medio del combate al crimen organizado asociado al tráfico de drogas.

Es evidente que no es tarea de la ONU determinar cómo los países deben comportarse con respecto al comercio y el uso de esas sustancias. Cada país es soberano y le corresponde tener una legislación nacional para adaptar los instrumentos internacionales. El papel de la ONU es apoyar y monitorear a los go-



biernos en la implementación de políticas públicas alineadas a las convenciones internacionales para reducir los daños que el uso y la comercialización de estas sustancias pueden provocar a los ciudadanos, a la sociedad y a los estados.

Considero importante abordar algunos aspectos fundamentales para comprender el contexto en que las drogas se insertan en nuestra vida cotidiana. Es innegable que la globalización trae innumerables beneficios y cambios radicales en la vida de las personas, pero también facilitó diversas actividades ilícitas. En este sentido, los cambios en las dinámicas del crimen organizado transnacional son evidentes, inclusive en las nuevas rutas y mercados. El tráfico de drogas también pasó a representar un desafío para encontrar soluciones compartidas, ya que la actuación del crimen organizado en un país influye en los que están alrededor. Desde el punto de vista empresarial, el crimen organizado siempre busca alternativas más rentables, tales como el tráfico de armas, tráfico de personas, falsificación de medicamentos, contrabando, extorsión y lavado de dinero. Todas estas actividades financian el crimen organizado, que engloba al tráfico de drogas como una de sus principales actividades, pero no se puede decir que sea una consecuencia del tráfico de drogas.

La cuestión de las drogas es un desafío global; no obstante, las formas de controlar los diferentes daños que las drogas causan a los usuarios, las familias, las sociedades y los gobiernos tienen que ser consideradas por sus características nacionales y regionales. El caso de América Latina, con sus 550 millones de habitantes, representa un desafío especial por su dimensión territorial para la creación de políticas públicas articuladas sobre drogas.

En la última década, varios países en el Cono Sur y América Central se vieron afectados por el narcotráfico. El fortalecimiento del crimen organizado en relación con el tráfico de drogas implica una serie de amenazas a la salud y la seguridad pública, ya que incrementa los niveles de violencia, debilita las instituciones e, incluso, pone en riesgo la democracia y los estados de derecho de los países.

No se puede combatir al crimen organizado de manera aislada, para problemas comunes las responsabilidades y las soluciones deben ser compartidas. Un mayor control requiere de la cooperación internacional y articulaciones multilaterales que incluyan a los países involucrados.

Hoy en día, América Latina está viviendo un momento muy importante de reflexión y cambio de paradigma, y también está experimentando un cambio significativo en el perfil de consumo de drogas. Durante mucho tiempo la discusión giró en torno a la represión al tráfico de drogas y abandonó aspectos importantes sobre vulnerabilidad y salud; miles de usuarios y pequeños vendedores han sido enviados a la cárcel a un costo muy elevado, tanto para los gobiernos, que tenían una baja capacidad de reinsertarlos en la sociedad, como para los costos individuales de las personas y las familias. En las cárceles, los usuarios de drogas se enfrentan a una situación de extrema vulnerabilidad: enfrentan la superpoblación, no tienen un tratamiento digno, utilizan drogas y las más de las veces en condiciones de riesgo.

Está comprobado que la mejor alternativa para el usuario problemático de drogas no es la pena privativa de libertad. Los gobiernos, incluyendo todas las esferas, el poder ejecutivo, legislativo y judicial, no deben medir esfuerzos para garantizar el pleno respeto de los derechos humanos de los usuarios de drogas. Es preciso conciliar la lucha contra el crimen organizado con programas de prevención y promoción de la ciudadanía. Actualmente es posible observar un movimiento hacia políticas que diferencian el trato a los usuarios de drogas de los traficantes y que concilian estrategias de represión contra el crimen organizado con acciones de atención integral a los usuarios, y es justamente en esta línea que es necesario avanzar.

El estigma y el prejuicio en relación a los usuarios de drogas representan verdaderos obstáculos para el acceso a los servicios de salud y a la información de calidad. A su vez, la falta de este tipo de información pone al usuario en una posición de mayor vulnerabilidad para las infecciones como el VIH, la hepatitis y la tuberculosis, además de los riesgos asociados con una sobredosis. Otro dato preocupante es que está creciendo el uso de drogas sintéticas, como el éxtasis y las anfetaminas. Ya representan la tercera droga y la tendencia es que sean cada vez más utilizadas. Es importante tener en cuenta que estas drogas se utilizan en contextos en donde los usuarios no se dan cuenta de su vulnerabilidad, por lo tanto debemos pensar en estrategias de protección que incluyan un trabajo de concientización sobre el uso de drogas. Está claro que en una realidad tan compleja, en la cual debemos lidiar con tantos desafíos al mismo tiempo, es necesario que estemos dispuestos a compartir responsabilidades y trabajar con diversas situaciones.

En la prevención existen diversos aspectos que deben ser considerados; uno de ellos es pensar las políticas de prevención junto a los jóvenes. Quisiera destacar la importancia del empoderamiento individual, al estimular a los jóvenes a tomar decisiones de una forma consciente. Es importante que nuestros jóvenes conozcan, no solo las consecuencias del uso de drogas, sino también cómo hacer un uso seguro. Por ejemplo, para tener una idea de la importancia de la prevención para nuestra juventud, me gustaría citar el caso de Holanda. Este país, que es mencionado con frecuencia por su política liberalizadora de las drogas, es el país de la Unión Europea que más invierte en prevención; hay un costo muy grande y muy consciente de prevención para que las personas entiendan cuáles son los riesgos asociados al uso de drogas. Sabemos que la mayoría de los países hoy en día no tienen en sus servicios de salud pública la capacidad para atender la demanda por tratamiento o servicios de salud relacionados con el uso de drogas, y esto es un problema general aquí en América Latina.

Es fundamental que los gobiernos, como parte central de sus políticas de drogas, sean capaces de ofrecer respuestas efectivas a aquellas personas que buscan un tratamiento. En ese sentido, la Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y Delito desarrolló, en conjunto con la OMS, un programa dedi-

cado a la humanización del tratamiento. La idea es tratar al uso problemático de drogas de la misma forma que otros problemas de salud, con un abordaje de respeto a los derechos humanos. Pero, para que el tratamiento sea integral, es preciso primeramente promover el acceso. Esto no es simplemente disponer un servicio en la red de salud, sino que significa pensar en varios aspectos que incluyen las condiciones de acogimiento. Quiero destacar que muchas veces la forma en que una persona es recibida en la red pública de salud puede ser determinante para su adicción.

Es preciso garantizar la eficacia en la atención de los usuarios de drogas, y para eso es necesario que los países conozcan el perfil del uso de drogas tanto por edad y situación económica como por área geográfica. Y no puedo dejar de señalar que muchos de los países de América Latina tienen serias deficiencias en este tema, no se trabaja con datos actualizados sobre las características del uso de drogas y el perfil de los usuarios, aunque mundialmente sabemos que estos datos cambian rápidamente. Es importante que las políticas de drogas tomen en consideración las relaciones sociales en las que el uso de drogas ocurre, así como el tipo de sustancia que se utiliza. Toda esta información es fundamental para pensar estrategias públicas de atención integral eficientes.

Otro aspecto clave es la calidad de la red de atención, es necesario capacitar constantemente a los profesionales de las redes, invertir en la producción continua de conocimiento; porque solo a partir de la investigación es posible garantizar el desarrollo de estrategias con base en evidencia científica y no en supuestos o hipótesis.

Las estrategias de atención al usuario problemático no pueden estar estructuradas desde el punto de vista de quien administra el tratamiento, sino que tienen que ser pensados desde el punto de vista de quien lo recibe, de quien lo demanda. Los usuarios problemáticos deben ser vistos como personas que necesitan atención especializada, por eso es importante desarrollar alianzas con los diversos actores disponibles en las comunidades para garantizar la participación voluntaria del usuario y no la obligatoriedad en los tratamientos. Es importante la participación de escuelas, familias e incluso comunidades religiosas, y promover una nueva mirada sobre la relación de los individuos con las sustancias considerando la desigualdad, las diferencias económicas y de género, las creencias, los territorios, la orientación sexual, entre otros.

En marzo de 2009, durante la reunión de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes, que tuvo lugar en Viena, se adoptó una declaración política y el plan de acción de cooperación internacional para una estrategia integrada y equilibrada para la lucha mundial contra las drogas. En esa ocasión se reafirmó el compromiso de trabajar para alcanzar la meta del acceso universal a programas amplios de prevención y a servicios integrados de tratamiento, atención y apoyo. Estos programas integrales también pueden incluir acciones de reducción de daños, más específicamente, programas de intercambio de jeringas. Esto fue un avance político muy grande, ya que por primera vez

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

los países aceptaron que la reducción de daños es un componente posible. Todos los países eligen su propia política, pero es una opción que puede ser parte de una estrategia de prevención integral.

Desde la ONU sentimos que esto ha sido un gran avance para la comunidad mundial. Quiero destacar también que el respeto de los derechos humanos, como de la ciudadanía y la dignidad, debe estar presente en todas las etapas de atención a los usuarios de drogas. Es imposible pensar en una sociedad que estigmatice y discrimine a los usuarios de drogas, así como es imposible pensar que los países actúen de forma aislada, ya sea en la lucha contra el crimen organizado, ya sea para promover el desarrollo.



Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.



# LOS USUARIOS DE DROGAS EN LA AGENDA DEL PROGRAMA CONJUNTO DE LA ONU PARA EL VIH/SIDA

**Pedro Chequer**

Médico por la Universidad Federal de Rio de Janeiro (Brasil). Magister en Epidemiología por la Universidad de California, Berkeley (EE.UU.). Médico en Salud Pública por la Universidad de São Paulo, especialista en Dermatología Sanitaria por la Escuela Nacional de Salud Pública (Brasil). Fue director del Centro Nacional de Epidemiología de Brasil entre 1992 y 1993, y cofundador del Programa Nacional de ITS/sida, donde ocupó la función de director durante los períodos 1996-2000 y 2004-2006. Fue coordinador del Programa Conjunto de la ONU para el VIH/sida para el Cono Sur, Rusia, Mozambique y supervisor regional para América Latina y, desde 2008 y hasta la actualidad, lo es en Brasil, punto focal para los países de habla portuguesa.

El Programa Conjunto de la ONU para el VIH/sida (ONUSIDA) fue fundado en 1996. Desde su creación tuvo dos evaluaciones externas; en la última se le recomendó rever algunas prácticas y reorientar sus acciones de forma de permitir retomar algunos principios. En este año 2010, ONUSIDA actualizó su mandato, con nuevas visión y misión. La gran meta que tenemos en relación al VIH, establecida en 2010 y propuesta para 2015, tiene como referencia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y se conoce como los “Tres Ceros”: cero nuevas infecciones de VIH, cero discriminación, cero muertes relacionadas con el sida. El ONUSIDA es una asociación innovadora que alienta, moviliza y apoya a los países para alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento y cuidados en lo concerniente al VIH. Vale destacar que la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU (UNGASS) sobre sida de 2001 estableció un nuevo parámetro de integralidad de la atención. Y en esta perspectiva, tenemos que los usuarios de drogas aún no alcanzaron, desde el punto de vista formal, la práctica de los servicios de integralidad; hay ahí un proceso dicotómico, muchas veces conflictivo, en el que varias áreas actúan de manera muchas veces dispar.

Para cumplir con su misión, ONUSIDA une múltiples esfuerzos. Trabaja en primer lugar con el sistema de la ONU. Como el ONUSIDA es un pro-

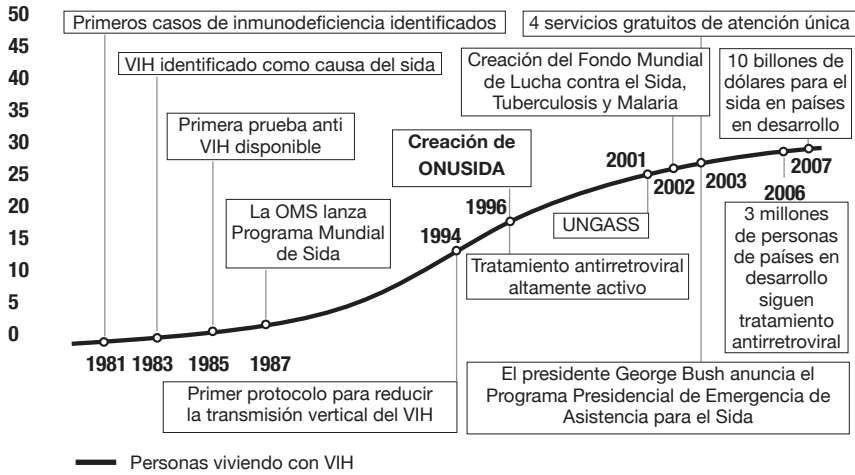
grama conformado por diez de sus agencias, tiene como primera misión movilizar, promover, coordinar y armonizar el sistema de la ONU para que podamos complementarnos y evitar la duplicidad de esfuerzos. También moviliza a la sociedad civil, que es un aspecto fundamental en su acción; a los gobiernos nacionales, que establecen las políticas públicas y coordinan las acciones; al sector privado, al que no podemos dejar de lado porque las empresas pueden tener un papel muy importante en la reducción del estigma y la discriminación, en la protección social, incluso de los usuarios de drogas. También se trabaja con instituciones globales, como la Fundación Clinton, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y la Fundación Gates en el sentido de movilizar recursos que la epidemia de VIH exige. También, el ONUSIDA considera el tema de los derechos humanos; considera un principio fundamental el respeto a la dignidad humana y la implementación de la Declaración de los Derechos Humanos.

En realidad, la epidemia de VIH tiene un efecto adverso, pero de algún modo rescató una relectura, una revisión y revitalización de los principios de derechos humanos. Esto, poco a poco, se ha ido diseminando hacia otras áreas médicas o de la salud pública, como por ejemplo en las de tuberculosis y malaria, y así vamos teniendo un progreso en el sentido de considerar la referencia fundamental de los derechos humanos y la igualdad de género. En esta perspectiva, cada vez tenemos más clara la necesidad de trabajar en profundidad la cuestión de la violencia contra la mujer y la reducción de la desigualdad de género, que son factores esenciales en el aumento de la vulnerabilidad y la propagación de la infección por VIH. ONUSIDA también intenta movilizar recursos financieros, políticos y técnicos, en el sentido de crear condiciones favorables para implementar estrategias y acciones de prevención.

El Gráfico 1 nos da una idea cronológica de las varias iniciativas. El trabajo de incidencia política fue fundamental para la construcción de muchas de esas iniciativas, y este año tuvimos el primer revés. Por primera vez, los recursos para el sida –y ciertamente para reducción de daños– declinaron. Los países alegan que es debido a la crisis financiera. Realmente es una paradoja porque los países tienen un trillón de dólares para invertir en la guerra de Iraq y de Afganistán; los países tienen trillones de dólares para salvar a los bancos y al capitalismo salvaje, inhumano, pero no tienen algunos millones de dólares para que se pueda enfrentar la epidemia de sida y trabajar adecuadamente en lo que es pertinente a partir de principios científicos establecidos.

ONUSIDA también busca trabajar informaciones estratégicas; en relación a los usuarios de drogas, la situación es más grave porque por la marginalización que enfrenta esta población, la legislación imperante, la recolección de datos se torna más difícil. Es fundamental que esto se amplíe y perfeccione. ONUSIDA, entonces, procura recolectar información, consolidar,

**Gráfico 1**  
30 años de respuesta al sida



Fuente: Wolfe, Carrieri y Shepard (2010).

difundir, promover la discusión y las evidencias con fundamento científico, no de cuño moral o religioso, para el establecimiento de programas y acciones para controlar y reducir la infección por VIH. ONUSIDA también busca trabajar con los líderes nacionales promoviendo respuestas abarcadoras y sustentables; por abarcadoras nos referimos a la integralidad de prevención, tratamientos y cuidados, respeto por los derechos humanos y, por encima de todo, respuestas que sean construidas a partir de las realidades locales, no de las grandes medias nacionales, de modo que correspondan a las necesidades epidemiológicas y a los comportamientos establecidos en los municipios, en las subregiones y en el estado. ONUSIDA estableció diez prioridades para 2009-2011 y ciertamente vamos a extenderlas hasta 2015 cuando vencen los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

- 1** Reducir la transmisión sexual del VIH; sabemos que la mayoría de transmisiones de VIH se dan por vía sexual, inclusive entre los usuarios de drogas.
- 2** Prevenir la muerte de madres y la infección de bebés por VIH. Infelizmente, hoy en el mundo la cobertura en prevención de la transmisión vertical está alrededor del 42%.
- 3** Garantizar que las personas que viven con VIH reciban tratamiento. Hoy, a pesar de los avances, todavía una gran mayoría de las personas que necesitan



tratamiento en tiempo oportuno, no reciben el diagnóstico, principalmente en el África subsahariana. Afortunadamente, América Latina ha avanzado en el sentido de ampliar la cobertura del diagnóstico y tratamiento, pero todavía no tenemos solucionado este tema. Todavía nos enfrentamos a una situación adversa en el sentido de detectar en tiempo y forma la infección por VIH para poder ofrecer tratamiento del modo más precoz y oportuno posible. El tratamiento de la infección por VIH es hoy considerado, inclusive, como una forma de prevención, en la medida que estudios recientes demuestran que una persona tratada adecuadamente, al reducir la carga viral, reduce la capacidad potencial de transmitir por vía sexual.

- 4** Prevenir que las personas que viven con VIH mueran por tuberculosis, que cada vez más se ha convertido en un problema; debemos tener presente que la infección tuberculosa está bastante presente en la población de usuarios de drogas.
- 5** Proteger a los usuarios de drogas de la infección por VIH. ¿Cómo? ONUSIDA alienta algunas acciones generales pero cada país y subregión tiene que adaptarlas a su realidad.
- 6** Empoderar a los hombres que tienen sexo con otros hombres, profesionales del sexo y poblaciones trans, para que se protejan contra la infección por VIH y tengan pleno acceso a los antirretrovirales.
- 7** Poner fin a las leyes punitivas, las políticas y prácticas, el estigma y la discriminación que obstaculizan una respuesta efectiva al sida.
- 8** Acabar con la violencia contra mujeres y niñas.
- 9** Empoderar a los jóvenes para que se protejan contra el VIH.
- 10** Reforzar la protección social de las personas afectadas por el VIH.

En relación a los usuarios de drogas, ONUSIDA propone, estimula y moviliza a los países en el sentido de buscar soluciones abarcadoras basadas en evidencia científica y en los principios de derechos humanos, que sean accesibles a todos los usuarios de drogas. Reducción de daños y de demanda adaptadas a la realidad local, no podemos simplemente importar modelos de afuera; cada realidad local tiene su perspectiva cultural. La práctica específica del uso de drogas es diferente en el centro, el norte o el sur de Brasil, por ejemplo, por lo que es fundamental tener estrategias abarcadoras y no solo una estrategia. Y obviamente las evidencias científicas son fundamentales para cualquier acción en el campo de la salud pública. También

es prioritaria la cuestión de la coinfección por hepatitis y tuberculosis. Y, por supuesto, es necesario trabajar sobre la legislación para tener leyes adecuadas que nos permitan apoyar los esfuerzos de prevención y humanizar y desincriminar a los usuarios de drogas. En esta línea trabajamos bajo el liderazgo programático de la Oficina de la ONU Contra las Drogas y el Delito (ONUDD) y con la participación de la OMS y la Oficina Panamericana para la Salud, en el caso de nuestra región.

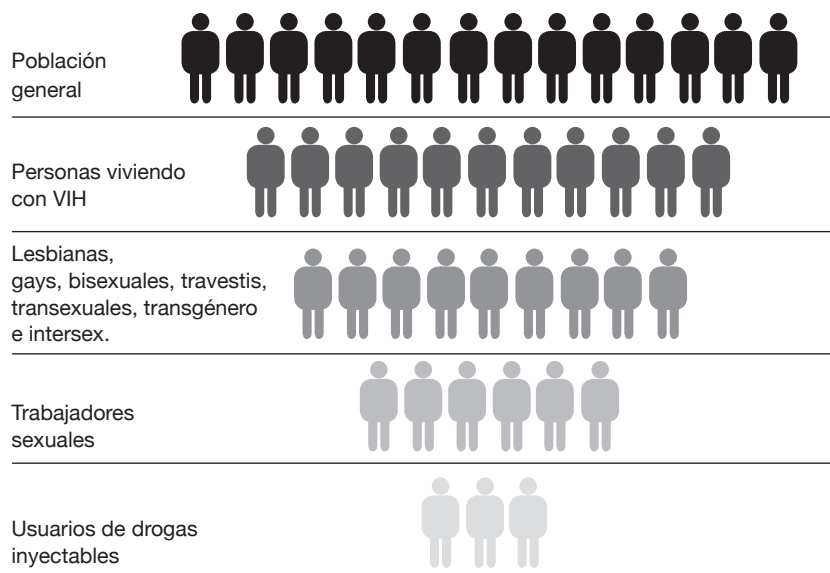
En América Latina observamos que, sobre todo en Brasil, Argentina y Uruguay, en los años de 1980 y principios de 1990 la epidemia de VIH era importantísima entre los usuarios de drogas inyectables. Posteriormente hubo un cambio de perfil, y con esto, una cierta pérdida de preocupación por el uso inyectable y prácticamente un olvido respecto del papel de las drogas no inyectables en la transmisión del VIH. Pero en otras regiones como Asia Central y Europa del Este, la epidemia de VIH continúa creciendo, y el uso de drogas inyectables es la principal vía de transmisión.

Cabe recordar que la probabilidad de transmisión del VIH a través del uso compartido de material de inyección llega a ser cinco veces mayor que la de una relación heterosexual sin uso de preservativo (1% versus 0,2%). Esto muestra la importancia de trabajar con programas de reducción de daños que tengan cobertura lo más universal posible; ya no es más tiempo de pequeños proyectos o iniciativas sino de cobertura universal, y de analizar el país a partir de los municipios y las subregiones utilizando la epidemiología local, no apenas con los datos de prevalencias e incidencias, sino con datos comportamentales para poder, efectivamente, abarcar el problema.

Los usuarios de drogas aún tienen un acceso muy limitado e inadecuado a los servicios; existe todavía una gran distancia entre las políticas públicas de algunos países y la realidad. Apenas el 47% de los usuarios de drogas en todo el mundo reciben información o acceden a servicios de intercambio de jeringas. En Europa del Este, los usuarios de drogas representan el 80% de los casos de VIH, pero son apenas el 24% de las personas en tratamiento, es decir, el 76% de la minoría tiene acceso a tratamiento y los usuarios de drogas, que son la mayoría, no tienen acceso; esto muestra claramente una política que no respeta los derechos humanos y que no observa equidad. Tuve oportunidad de comprobar que en Rusia, por ejemplo, existe una cultura arraigada para la cual el usuario de drogas no merece atención del Estado y de la sociedad porque es un paria social que trae perjuicios económicos, sociales y culturales a la comunidad. Esa cultura, que existe, perdura muchas veces en los niveles legislativo y gubernamental.

En América Latina es muy interesante mirar los marcos normativos. La pirámide invertida en el Gráfico 2 ilustra la amplitud de cobertura de derechos de la población. Podemos ver que la población general tiene derechos a la salud, a la intimidad, a la no discriminación, reconocidos de un modo bastante amplio. En la práctica, esto no siempre se cumple, pero al menos está

**Gráfico 2**  
**Pirámide para el análisis de marcos normativos**



Fuente: Centro Internacional de Cooperación Técnica en VIH/sida y Agencia de Cooperación Técnica Alemana (2008).

establecido en un marco normativo. Las personas que viven con VIH tienen un poco menos, pero como resultado de la lucha del movimiento social han avanzado en el reconocimiento de sus derechos. Lo mismo las poblaciones de lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transexuales, transgénero e intersex. Mucho menos las trabajadoras sexuales, y el grupo menos protegido desde el punto de vista normativo, son los usuarios de drogas.

Michel Sidibé, el director ejecutivo de ONUSIDA, decía hace poco: “solo el acceso universal a reducción de daños puede promover los resultados que precisamos”. Y se refería a los resultados que mencionamos al inicio: cero nuevas infecciones de VIH, cero discriminación, cero muertes relacionadas con el sida.

Por ello, ONUSIDA recomienda que la reducción de daños debe ser parte de un esfuerzo renovado por el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Las leyes que inhiben el acceso de los usuarios de drogas a las estrategias de reducción de daños son contraproducentes y perjudican la respuesta al sida. Asimismo, ONUSIDA llama al sector comunitario que actúa en protección de los usuarios de drogas a que se movilice en forma renovada por la prevención del VIH.

La Junta Coordinadora es el órgano de gobierno de ONUSIDA, en la que están representados los gobiernos, las agencias y la sociedad civil; en junio de

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

2009 aprobó una serie de recomendaciones para el trabajo sobre VIH y uso de drogas:

- A ONUSIDA, en particular ONUDD, trabajar con los gobiernos nacionales para enfrentar la cobertura desigual y relativamente baja de servicios entre usuarios de drogas, y desarrollar modelos abarcadores de servicios apropiados para esa población.
- A ONUSIDA y asociados, trabajar con donantes multilaterales y gobiernos nacionales para facilitar una mayor movilización de recursos para esa cuestión consistente con el nivel de necesidad identificado. Los recursos deben expandirse para la oferta de servicios, desarrollo de capacidades y enfrentamiento del estigma y la discriminación.
- Intensificar la asistencia y el trabajo con la sociedad civil, incluyendo las asociaciones de reducción de daños y de personas que usan drogas con vistas a abogar contra el estigma y la discriminación, y por abordajes basados en evidencia.
- A los estados nacionales: armonizar leyes relativas al VIH y el uso de drogas para que ambas se alineen con la perspectiva de salud pública y derechos humanos.
- A ONUSIDA, en particular ONUDD, apoyar a las autoridades nacionales para alinear políticas, esclarecer roles y responsabilidades de los diferentes actores nacionales –incluyendo control de drogas, sistema penitenciario, salud pública y sociedad civil–, y apoyar la ampliación de recursos y capacidades para la oferta de servicios a usuarios de drogas.
- A los países miembros y organizaciones de la sociedad civil, desarrollar orientaciones y modelos programáticos que respondan a las necesidades de otros subgrupos de usuarios de drogas (como mujeres usuarias de drogas, usuarios de drogas que intercambian sexo por dinero o drogas, usuarios de drogas migrantes, usuarios de múltiples drogas).
- A los países miembros, organizaciones de la sociedad civil y ONUSIDA, a ampliar la atención a ciertos grupos (como usuarios de crack y de anfetaminas) que aumentan el riesgo de infección por VIH por medio de prácticas sexuales de alto riesgo.
- A ONUSIDA, invertir en la recolección de datos necesaria para responder adecuadamente a los desafíos relacionados con el VIH y el uso de drogas.

También, la resolución del Consejo Económico y Social de la ONU, del 24 de julio de 2009, incluyó una serie de recomendaciones importantes en

relación al VIH y el uso de drogas. Para finalizar me gustaría plantear una pregunta: ¿Estamos haciendo lo suficiente? Permítanme responder que no. Ni las agencias multilaterales, ONUSIDA, ONUDD, OMS. Ni los gobiernos ni la sociedad civil. La reducción de daños hoy es un discurso sin recursos.

Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.

### ■ Referencias

Centro Internacional de Cooperación Técnica en VIH/sida y Agencia de Cooperación Técnica Alemana (2008): *VIH-SIDA en América Latina desde la perspectiva social*.  
Consejo Económico y Social (2009): *Resolución E/2009/L.23*.

# VIH Y USO DE DROGAS: PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL PARA USUARIOS

**Marcelo Vila**

Coordinador Subregional en VIH/ITS para el Cono Sur de la Organización Panamericana de la Salud. Fue asesor médico e investigador en Intercambios Asociación Civil de 1998 a 2010. En el período 2001-2006 fue responsable de vigilancia epidemiológica en la Coordinación Sida, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Trataré de enfocar el problema del VIH y el uso de drogas desde la perspectiva que nos corresponde en tanto oficina regional de la OMS para las Américas, es decir, desde la perspectiva del derecho a la salud, que ya fue mencionado en la constitución de la OMS y que habla claramente del completo estado de bienestar psíquico, físico y social; del derecho a la salud como uno de los derechos fundamentales del ser humano y una responsabilidad de los gobiernos, los cuales deben cumplirla mediante las acciones sanitarias adecuadas.

Antes de adentrarme en el derecho a la salud y los usuarios de drogas, una pequeña reflexión más general sobre la problemática de drogas. Mi temor, de orden personal, es que con el cambio de paradigma y el tratar de transformar la política de lucha contra las drogas en una de respeto a los derechos, se corra el riesgo de transformar el tema de drogas en solo un problema de salud.

El problema del uso de drogas tiene un componente que tiene que ver con el derecho a la salud, es un problema de la salud pública, pero no es solo eso, sino que involucra el cumplimiento de otros derechos humanos básicos y, en definitiva, guarda estrecha relación con la problemática de la integración social.

Una serie extensa de normas y tratados internacionales –Constitución de la OMS, Declaración Universal de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración de Alma Ata, Pacto de San José de Costa Rica y Carta de Ottawa– garantizan el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y habilitan a trabajar en función de ese derecho.

¿Cuál es la situación del VIH y el uso de drogas en nuestra región? Sabemos que en el mundo una de las principales vías de transmisión de la infección del VIH es el uso de drogas inyectables. En la región de las Américas, los casos acumulados de sida hasta 2007, último año consolidado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), representaban el 13% de los casos en la región. Si analizamos la distribución porcentual de los casos de sida en la región de las Américas, en un recorrido histórico desde la década de 1990 hasta la actualidad, es evidente que ha ido disminuyendo la proporción de casos de sida atribuibles al uso de drogas inyectables: en el período 1990-1994 el 24,1% de los casos eran atribuidos al uso de drogas por vía inyectable; entre 1995 y 1999 baja al 15,1%; entre 2000 y 2004 es del 9,7%; y entre 2005 y 2006 vuelve a descender al 6,3%.

Esto claramente tiene que ver, más que con haber adoptado políticas de reducción de daños en la región, con un cambio en las pautas de consumo sobre todo en el Cono Sur, que era la región que más contribuía a los casos de VIH por uso inyectable de drogas. Pero esta disminución no nos tiene que hacer perder de vista que sigue siendo muy alta la prevalencia de VIH entre usuarios de drogas aunque no tenga la prevalencia histórica de los años de 1990.

Algunos de los estudios realizados en el Cono Sur, básicamente en la Argentina y en Uruguay con usuarios de drogas no inyectables, muestran prevalencias que van de 5 a 10 veces más altas que la población general. Estos estudios, que son preliminares e incipientes, nos plantean una agenda de investigación para preguntarnos qué está pasando con los usuarios de drogas en cuanto al riesgo de infección por VIH más allá del uso inyectable. En el Cuadro 1 se detallan estos datos.

Debemos empezar a considerar a los usuarios de drogas, sobre todo a los usuarios de drogas pobres, como parte de las poblaciones de mayor riesgo aunque no hagan uso inyectable de las drogas. Porque, evidentemente, parecen tener una mayor prevalencia que la población general y seguramente esto tiene que ver con diferentes patrones de conductas que hacen a la transmisión. Por supuesto, la inyección de drogas, si es que ocurre, es la vía más efectiva para la transmisión del VIH y de otras infecciones como hepatitis B y C, pero también hay evidencia de que drogas fumadas, como la pasta base o el crack, aumentan el riesgo de transmisión por las mucosas y por las prácticas sexuales no seguras. Desde ya que los contextos en los que el uso de drogas es una práctica estigmatizada llena de prejuicios y de temores, incluso por parte de los proveedores de salud, hace al aumento de la prevalencia del VIH entre esta población.

¿Cuáles son los argumentos que se pueden utilizar para justificar las acciones de prevención del VIH entre los usuarios de drogas? Es posible encontrar argumentos en tres dimensiones. Desde la salud pública, por ser una población que está desproporcionadamente afectada a la epidemia, particularmente la de

**Cuadro 1**  
**Estudios con población no UDI en el Cono Sur**

<b>País</b>	<b>Argentina</b>		<b>Uruguay</b>	
<b>Población</b>	UD cocaína no inyectada	UD pasta base de cocaína	UDI UD cocaína, heroína, anfetaminas	UD cocaína no inyectada
<b>Período</b>	2002-2003	2006 -2007	2006-2008	2002-2003
<b>Ciudades</b>	Buenos Aires y GBA	Buenos Aires y GBA	Buenos Aires y GBA	Montevideo
<b>Tamaño muestral</b>	504	170	546	367
<b>Seroprevalencia de VIH</b>	6,3 %	2,9 %	5,4 %	9,5 %

inyectores, y con una situación constantemente cambiante; porque es un núcleo propicio para el desarrollo de formas recombinantes y mosaicos virales con posible impacto en patogénesis y desarrollo de resistencias; y porque pueden ser una población “puente” con otros segmentos poblacionales, como por ejemplo sus parejas sexuales aunque no sean usuarias de drogas.

Desde la clínica, se encuentran argumentos para emprender acciones de prevención con la población usuaria de drogas en que son pacientes que frecuentemente presentan comorbilidades, y a su vez existen problemas que se asocian al consumo de drogas que tornan complejo el manejo de las situaciones. Es interesante pensar que los problemas de salud asociados al uso de drogas no tienen que ver solo con la adicción. Hay problemas que tienen que ver con el uso abusivo, aunque sea esporádico. El ejemplo más típico son los accidentes de autos por conducir intoxicado: una droga legal como el alcohol, consumido de manera puntual pero abusiva un día cualquiera en la vida puede ser causal de accidente y abonar la estadística de la gran cantidad de lesiones y muertes por accidentes de tránsito que hay en Latinoamérica.

La tercera dimensión de argumentos, los encontramos en la ética y los derechos humanos, porque en general, cuando nos referimos a estas poblaciones estamos hablando de personas con problemas sociales complejos, que son víctimas frecuentes de maltrato y discriminación, y que aunque se los reconoce como sujetos de derechos son ciudadanos no respetados.

¿Qué sucede con la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de salud? Desde la salud, un tema clave para abordar es la accesibilidad a los servicios, pues hay factores tanto relacionados con los propios servicios como



con los usuarios que intervienen dificultando el acceso de esta población a los servicios de salud. En lo que respecta a los servicios, tenemos un sistema de salud basado en estereotipos que, por lo general, en la mayoría de los países de la región resultan expulsivos para los usuarios de drogas y más si suman dos estigmas, como ser usuario de drogas y tener VIH. Por ejemplo, las creencias acerca de la “degradación moral”, la mala adherencia a los tratamientos, la falta de fuerza de voluntad, la creencia de que ser usuario de drogas es siempre igual a ser adicto, son prejuicios que operan en los sistemas de salud. Por otro lado, los programas basados solo en la abstinencia les suelen otorgar poca importancia a los problemas de salud asociados al consumo, como así también a las intervenciones de reducción de daños.

En lo que respecta a la accesibilidad desde el lado de los usuarios, los que tienen mayores obstáculos para acceder al sistema de salud son aquellos usuarios pobres y con menor nivel educativo. Por otra parte, hay un elemento que ha sido descrito hace muchos años en este tema, que es la latencia que existe entre el inicio del consumo y la solicitud de atención, y que dificulta la accesibilidad a los efectores de salud. También la ilegalidad de la sustancia hace que la persona muchas veces no consulte por temor a ser enjuiciado moral o judicialmente por usar drogas ilegales. Otro elemento de mucha complejidad es que en nuestros países, los usuarios de drogas más marginales presentan un sinfín de problemáticas, no solo vinculadas a la atención de la salud, lo que hace que la atención de la salud no sea siempre el aspecto a priorizar en la organización de la vida cotidiana.

En este mismo sentido de la accesibilidad, quisiera hacer una pequeñísima reflexión sobre un tema que resulta problemático en algunos países de la región, como es la cuestión de la terapia antirretroviral con los usuarios de drogas. Es claro que todas las personas tienen el derecho a ser tratadas y que los servicios deben adoptar buenas prácticas adaptadas a los usuarios, pero no solamente a los usuarios de drogas, sino a los usuarios de los servicios. Claramente es probable que haya problemas de adherencia en aquellas personas que siguen usando drogas y necesitan tomar un cóctel antirretroviral, pero eso no es condición para que se les niegue el cóctel, sino que es necesario trabajar sobre esa adherencia.

Una editorial de *New England Journal of Medicine* de 2001 planteaba el tema de la adherencia al tratamiento para la hepatitis C y el VIH, y decía casi una verdad de Perogrullo, pero tal vez una verdad que necesita ser dicha en una revista científica para que sea comprobable: “[...] la baja adherencia nunca ha sido un motivo para considerar la no indicación de un tratamiento: la pobre adhesión es común entre los pacientes con hipertensión, asma o diabetes y no por ello se les niega tratamiento. No se les niega a los fumadores cirugía de *bypass* coronario o tratamiento para el enfisema ...]” (Edlin *et al*, 2001). Sin embargo, se le dice al adicto: si no dejas de consumir, no te doy antirretrovirales. El uso de drogas no puede ser un motivo de discriminación.

¿Cuáles son las acciones que debería emprender el sector salud? Desde nuestra perspectiva, en primer lugar, reconocer que las personas afectadas por la problemática del uso de drogas y en riesgo de contraer VIH son miembros de poblaciones marginadas y sujetos de estigma y discriminación, por lo tanto es necesario planificar la entrega de servicios que permitan enfatizar la prevención y disminuir la incidencia de infecciones, sin descuidar la atención, el tratamiento y el apoyo, y definir paquetes de servicios esenciales y mecanismos de referencia para atender integralmente las demandas y necesidades de los usuarios de drogas y sus allegados.

En este punto es necesario reconocer que la cuestión normativa, internacional y nacional, es condición necesaria pero no suficiente para que cambien las prácticas en los servicios. Tenemos que apuntar a cambiar las normas internacionales y nacionales, pero también tenemos un gran trabajo de capacitación y en abogar por las modificaciones de los estigmas y prejuicios para que cambien las prácticas cotidianas de los servicios.

¿Cómo está trabajando la OPS los temas planteados? Por un lado, se está finalizando un análisis de situación sobre el VIH y el uso de drogas en Latinoamérica, y con esta base y otros documentos, OPS está planteando desarrollar una estrategia regional para ser aprobada por el cuerpo directivo de OPS, que es la asamblea de los ministros de salud de la región. Esta estrategia plantea ocho pilares para la prevención y atención integral en materia de uso de drogas y VIH:

- 1** Evitar que las personas que no consumen drogas se infecten con VIH. Incluye acciones de orientación y educación para parejas de usuarios, educación a usuarios y acceso a condones para usuarios y sus parejas.
- 2** Evitar que las personas que consumen drogas se infecten con VIH. Incluye acciones de educación de pares, consejería para reducción de riesgo; acceso a equipo de inyección estéril y terapia de sustitución con opiáceos cuando esté indicada.
- 3** Evitar que las personas que consumen drogas y que están infectadas con VIH se reinfecten. Incluye las mismas acciones que las mencionadas en los puntos anteriores y el acceso a tratamiento antirretroviral, consejería para adherencia y apoyo de pares.
- 4** Evitar que las personas que consumen drogas y que están infectadas con VIH contraigan otras coinfecciones. Incluye acciones de educación de pares; reducción de riesgo para prevenir hepatitis y septicemias; acceso a inmunizaciones (hepatitis B, antitetánica); detección de tuberculosis activa o latente, tratamiento curativo o profiláctico.

- 5** Mejorar el acceso a tratamiento y adherencia para VIH en aquellas personas que son consumidores de drogas o ex consumidores de drogas. Incluye un esquema de fácil uso y adherencia, y el autoapoyo con esquemas similares a los que se usan en el tratamiento de la tuberculosis.
- 6** Capacitar al personal de salud para manejar condiciones clínicas relacionadas con el uso de drogas y VIH. Incluye el diagnóstico oportuno de condiciones de gravedad (endocarditis, sobredosis, trombo-embolismos); detección y manejo de infecciones cutáneas; atención a tuberculosis primaria o reactivación de tuberculosis latente; manejo del paciente coinfectado con VIH y hepatitis B o C; manejo de otras infecciones oportunistas en el paciente usuario; e identificación y manejo del síndrome de abstinencia.
- 7** Facilitar el acceso a sistemas de atención para problemas relacionados con las drogas, reducción de daños, atención de la adicción, problemas de salud asociados, etcétera.
- 8** Referir las personas a servicios sociales, legales. Incluye acciones que integren los servicios de salud con la articulación a servicios que provean albergue, abrigo, alimentos, apoyo emocional, y asistencia legal.

En línea con lo señalado anteriormente, algunos de los pasos inmediatamente necesarios son el reconocimiento de la eficacia de las intervenciones de reducción de daños entre usuarios de drogas, que si bien son las mejor documentadas en la literatura como las más efectivas, son las que enfrentan mayor oposición para su implementación.

Es esencial mostrar la evidencia de la existencia, ubicación, dimensiones y tendencias del problema en la región; analizar las barreras (políticas, legales, sociales, del sistema sanitario) para la implementación de acciones de prevención, particularmente las basadas en reducción de daños; y definir las acciones para cerrar las brechas en investigación, desarrollo de políticas e implementación de programas para reducir la diseminación del VIH asociada a uso de drogas, y atender las necesidades de salud de los usuarios y sus allegados en un marco de derechos humanos.

Quisiera finalizar con una frase que dijo la doctora Mirta Roses, directora de OPS, durante una de las sesiones satélite en la Conferencia Mundial de Sida en Viena en julio de 2010: “Estamos en el proceso de crear las herramientas necesarias para trabajar con los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, con las profesionales del sexo, con las personas transgénero y con los consumidores de drogas. No obstante estamos convencidos que estas herramientas no pueden ser útiles a menos que involucren actividades de sensibilización, educación y de respeto de los derechos humanos. La OPS está también apoyando a los Estados Miembros con herramientas para abordar el estigma y la discriminación

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

dentro del sector salud. Cada proveedor y miembro de un equipo de salud debe proveer no solo el más alto nivel de atención y cuidado sino también el más alto respeto por la dignidad y la diversidad de las personas”.



Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.

### ■ Referencias

Edlin, Brian R. et al. (2001): “Is It Justifiable to Withhold Treatment for Hepatitis C from Illicit-Drug Users?”, *New England Journal of Medicine*, 345, pp. 211-214.



# RESPUESTA DEL PNUD AL SIDA. DE LA VULNERABILIDAD A LA RESILIENCIA

**David Ruiz Villafranca**

Farmacéutico, doctor por la Universidad de Málaga (España), magister en Acción Internacional Humanitaria. Asesor regional en políticas de VIH en el Área de Prácticas del Centro Regional del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

El área de VIH del Programa de la ONU para el Desarrollo (PNUD) tiene sede en Panamá y comenzó a desarrollar sus acciones en el 2008. Nuestra *expertise* en el tema drogas es baja, aunque tenemos una apertura para su reconocimiento, pues es un tema clave en nuestro trabajo. Sin embargo, el área de VIH tiene dos experiencias que me parece relevante retomar: una es la elaboración de nuestro marco estratégico, donde hay algunos elementos valiosos para el trabajo con usuarios de drogas, y otra, las acciones que hemos emprendido durante 2010.

## ■ Áreas de trabajo del PNUD

Las respuestas más eficaces han sido aquellas en las cuales el VIH es incluido como un tema amplio de desarrollo humano y no solo desde una perspectiva de salud. Esto es clave para el PNUD, donde trabajamos en cuatro áreas principales.

La primera es el área de planificación, en la que nosotros vamos a trabajar como PNUD en incluir la temática del VIH a nivel político, en transversalizar el VIH. En el momento en que colocamos al VIH como un problema político estamos visibilizando la realidad y aprovechando la ocasión para poder incluir recursos económicos y compromisos políticos al VIH.

La segunda área en la que trabajamos es la de gobernabilidad. Aquí nuestros aportes son el fortalecimiento de la coordinación y de las asociaciones, y el apoyo a la descentralización.

La tercera área es la de leyes, derechos humanos, género y diversidad sexual. El mandato del PNUD en el trabajo en VIH es en poblaciones de diversidad

sexual. Y este mandato viene expresamente dado por la división de trabajo del Programa Conjunto de la ONU sobre el VIH/sida (ONUSIDA).

La cuarta área de trabajo del PNUD es con alianzas estratégicas o para el desarrollo, principalmente con el Fondo Mundial, donde el PNUD ejerce como receptor principal de sus subvenciones; también tenemos un trabajo muy cercano en el tema de acceso al tratamiento. En América Latina estamos hablando de que cerca de un 50% de las personas que necesitan terapia antirretroviral no tienen acceso a este tratamiento. Por tanto, en el ámbito regional, es esencial promover este acceso.

Quisiera hacer énfasis en lo que el PNUD hace en el área de leyes, derechos humanos, género y diversidad sexual. El trabajo que el PNUD realiza en VIH viene expresamente delegado por tres instancias: una, el mandato de ONUSIDA, que organiza la división del trabajo en este tema y ha ordenado que desde el PNUD se trabaje con las poblaciones de diversidad sexual, gays, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas trans. La segunda instancia es el plan estratégico que el propio PNUD elabora y que da sustento para trabajar en este tema. Y por último, el compromiso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU.

Para poder alcanzar esos objetivos tenemos una serie de servicios que les damos a los países: para nosotros sus oficinas son nuestro cliente principal. Cualquier demanda que se haga a una oficina de país es elevada por este al centro regional y nosotros la apoyamos. Además, hay comunidades de prácticas, redes de expertos y lo que es gestión del conocimiento; es decir, hemos creado un área de servicios para apoyar a los países a implementar su estrategia en VIH. Un valor agregado que tiene el centro regional es el hecho de que trabajamos con otros *clusters*. He señalado anteriormente que nuestra *expertise* en drogas es muy baja; sin embargo, existen áreas dentro del centro regional que tienen una *expertise* amplia en ámbitos que pueden ser de interés para la lucha contra las drogas. Estoy hablando, por ejemplo, del área de gobernabilidad, de reducción del riesgo, de género, etcétera. Cada área tiene una *expertise* y trabajamos conjuntamente creando lo que se llama un *inter-cluster*, y eso es bastante importante para la eficiencia de nuestro trabajo.

En la región hay aproximadamente dos millones de personas viviendo con el VIH; en 2008 se infectaron 170.000 personas y hubo 77.000 defunciones debido al sida. Con lo cual estamos hablando de un serio problema. Cuando vemos la prevalencia que tiene el VIH en Latinoamérica –estamos hablando de un 0,6%– es claro que es una epidemia concentrada en grupos de alto riesgo, es decir, de usuarios de drogas, trabajadoras sexuales, HSH, gays, personas trans. Son los grupos donde se concentra la mayor población de personas viviendo con el VIH.

Las prevalencias de VIH en HSH en la región están entre el 7% al 15%, de ahí la importancia de trabajar en estos grupos. En la población trans los datos son insuficientes, aunque un estudio que se ha realizado en la Argentina ha señalado que la prevalencia es del 35%.

Respecto de los usuarios de drogas, en 1992 el 26% de los casos reportados de sida en América Latina y el Caribe se atribuyeron a usuarios de drogas inyectadas y en 2007 este porcentaje ascendía al 4,2%. En el Cono Sur estamos en una prevalencia de entre el 5% y el 10%, y de nuevos casos de infección de VIH en usuarios de drogas de 1,6 a 1,2%. En muchos sitios, sobre todo en Centroamérica, la prevalencia necesita más evidencia, información y vigilancia. Es decir, los usuarios de drogas igualmente son altamente vulnerables o están vulnerabilizados a la infección por el VIH/sida; se ha documentado que el intercambio de sexo por dinero, drogas u otras mercancías puede incrementar la probabilidad de infecciones de transmisión sexual.

Hasta aquí yo quisiera resaltar que es necesario abordar a las poblaciones en mayor riesgo, y trabajar en acceso universal y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, es necesaria la generación de evidencias para tener acciones pertinentes, como por ejemplo comprender mejor el vínculo entre la infección por VIH y el uso de drogas, también en los grupos de HSH, hombres gay, personas trans y trabajadores/as sexuales.

Es prioritario el trabajo interdisciplinar, y eso es algo que tenemos que tener en cuenta para el trabajo interagencial, sobre todo cuando somos, a veces, tan celosos de nuestro propio mandato. Entiendo que trabajar y estar abierto a otras iniciativas es vital para frenar la epidemia de VIH.

### ■ Marco estratégico para fortalecer las respuestas nacionales efectivas al VIH

A partir de aquí quisiera exponer un aspecto esencial para el PNUD, que es el marco estratégico para fortalecer las respuestas nacionales efectivas al VIH en las poblaciones de HSH, gays y trans de América Latina y el Caribe. Aquí no incluimos a los usuarios de drogas porque no forman parte del mandato, pero creo que, de todas maneras, puede dar alguna luz para aquellas organizaciones, instituciones o las mismas agencias que estén trabajando con el tema de drogas.

Hacia finales de 2008 y en 2009 se recogió la evidencia sistematizada que existía sobre los países. Por otra parte, se realizaron una serie de consultas regionales con todos los actores involucrados en la respuesta al VIH, desde el gobierno, las agencias multilaterales y de cooperación, la sociedad civil y los grupos de HSH, gays y personas trans. Después se hizo una presentación y validación en distintos espacios regionales, como ha sido el CONCASIDA,<sup>1</sup> el Foro de Perú<sup>2</sup> y las distintas reuniones regionales. Y por último, nos hemos dado una instancia de incidencia al interior de la ONU para que este tema se

<sup>1</sup> N. de la E.: VI Congreso Centroamericano de ITS, VIH y Sida. San José, Costa Rica, 1 al 5 de marzo de 2010.

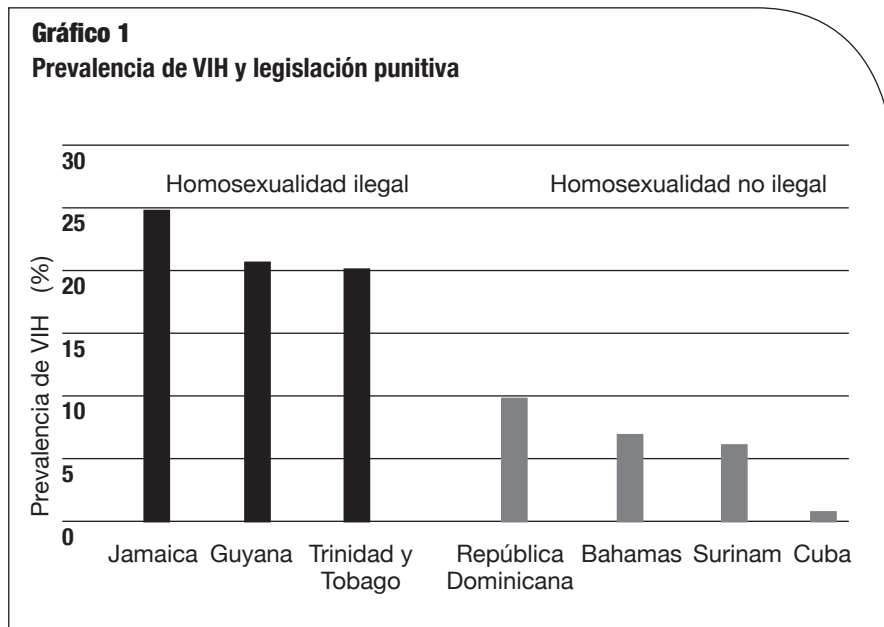
<sup>2</sup> N. de la E.: V Foro Latinoamericano y del Caribe sobre VIH/SIDA e ITS. Lima, Perú, 21 al 23 de noviembre de 2009.



tornase prioritario para las distintas agencias, en función de sus mandatos. De este modo, hemos conseguido las firmas de 11 directores regionales para adherirse a nuestra estrategia regional.

Los objetivos que involucran a este marco general son: fortalecer y promover la base de evidencia de las acciones que se realizan sobre las poblaciones de HSH, personas trans y VIH; mejorar la situación de derechos humanos para los HSH y personas trans, piedra angular para una respuesta efectiva; y fortalecer capacidades e impulsar colaboraciones para asegurar el acceso universal para poblaciones de HSH y personas trans.

Me gustaría detenerme en el segundo objetivo, que refiere al entorno de derechos humanos. Como se observa en el Gráfico 1, en los países donde hay una legislación punitiva, la prevalencia del VIH es muchísimo mayor que en los que no tienen este tipo de legislación, y este punto es esencial para pensar el campo del uso de drogas.



En esta elaboración del marco estratégico hemos tenido una experiencia relevante en cuanto a la participación de distintos actores, y hemos elaborado una lista de ítems para la programación de respuestas nacionales efectivas. Esta lista incluye: la sistematización de la evidencia, la provisión de servicios comprensivos, la creación de foros de diálogo entre diversos actores, la mejora de los sistemas de comunicación y sensibilización, la generación de un ambiente legal que promueva el respeto por los derechos humanos, el cuidado por la transparencia y la rendición de cuentas, la movilización social de diversos sectores, el trabajo con los medios de comunicación, el forta-

lecimiento de las capacidades y el capital social de las poblaciones marginalizadas, y la generación de alianzas estratégicas. Estamos apoyando a los países en la implementación de este marco estratégico, pero también a redes regionales en la implementación del marco estratégico de trabajo con HSH, trans y personas gays.

### ■ Acciones clave emprendidas en 2010

Durante 2010, el PNUD ha realizado una serie de acciones, algunas de las cuales me parece importante señalar. Hemos apoyado la implementación de la estrategia regional en seis países y tres redes regionales son apoyadas para preparar su propuesta a la Ronda 10 del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria: la Asociación para la Salud Integral y la Ciudadanía de América Latina, la Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, y la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans.

Hemos realizado, en forma conjunta con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, un estudio regional sobre el impacto de la crisis financiera en las respuestas al VIH en cinco países y otro sobre un análisis comparativo de leyes sobre VIH en once países de América Latina.

Otro aspecto importante de la epidemia que el PNUD apoya es el trabajo con mujeres y niñas viviendo con VIH. Existen en este momento dos proyectos nacionales, en Haití y Honduras, enfocados a reducir la vulnerabilidad de mujeres y niñas.

Llevamos poco tiempo trabajando como centro regional, dos años aproximadamente. Creo que hemos tenido un gran logro en el lanzamiento de nuestra estrategia regional. Como he mencionado, no somos expertos en drogas al igual que no tenemos como área de *expertise* el manejo de uso de drogas, sin embargo estamos totalmente abiertos a algún tipo de interrelación entre distintos mandatos de las agencias, o al diálogo con las organizaciones de la sociedad civil, para ver en qué sentido, como PNUD, podemos apoyar.

■  
Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.



# RESPUESTA GLOBAL AL VIH, DERECHOS HUMANOS Y USUARIOS DE DROGAS

**Javier Hourcade Bellocq**

Representante regional para América Latina y el Caribe de la International HIV/AIDS Alliance. Miembro de la Delegación de las Comunidades de la Junta del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Fue miembro de la Junta del Fondo Mundial entre 2006 y 2009, y uno de los fundadores y el primer Secretario Regional de la Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH.

Si bien soy representante regional de la Alianza Internacional, que es una organización no gubernamental británica que trabaja en VIH/sida en 40 países en vías de desarrollo, en esta oportunidad voy a referirme al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. El contexto de trabajo con usuarios de drogas nos muestra que las políticas de drogas que hay en la mayoría de nuestros países penalizan y criminalizan, y esto tiene un correlato muy fuerte con el no acceso a los servicios de salud, con el no acceso a las tecnologías de salud y, por supuesto, con el no acceso al tratamiento antirretroviral. Y esto es lo que se engloba en un contexto de mayor vulnerabilidad y de mayor riesgo. Todo ello conlleva una violación de los derechos humanos. Pese a tantos años de trabajo en VIH/sida, a la respuesta global al VIH/sida, todavía no podemos trabajar seriamente en los derechos humanos y esto es uno de los grandes fracasos; y cuando hablamos de los usuarios de drogas queda bien claro que el tema de derechos humanos es una de las grandes asignaturas pendientes.

Una de las cosas más claras en que han fallado las políticas de drogas es la guerra contra las drogas, que no es casual. La guerra contra las drogas es una inversión de recursos estratégicos para reprimir y matar; el control de los usuarios de drogas, más que el control del narcotráfico o del mercado de las drogas, es un negocio muy importante para las policías y los gobiernos. Esto me recuerda la discusión que hay sobre la trata de personas, donde se espera que las trabajadoras sexuales resuelvan el problema cuando es un negocio perverso y fabuloso en el que están involucrados líderes de los gobiernos, la policía y las fuerzas de seguridad.

De alguna manera pasa lo mismo con la guerra contra las drogas; no se va a terminar siempre y cuando siga siendo una caja chica de las fuerzas de seguridad, militares y políticos relacionados con el narcotráfico. Por supuesto que quienes sufren los aspectos negativos de la guerra contra las drogas son los usuarios de drogas. Esto no es un concepto teórico. Hay claras denuncias en muchos de nuestros países, recientemente en Centroamérica, de la violación de los derechos humanos bajo el concepto de la denominada no adherencia. Esos pacientes “no adherentes” a los que se les retrasa o no se les entrega un tratamiento antirretroviral, o a los que no se los pasa a un segundo esquema de tratamiento antirretroviral por considerarlos no adherentes. Eso es lisa y llanamente una violación de los derechos humanos.

Hace diez años en la conferencia de Durban<sup>1</sup> nos decían que no sería posible proveer tratamiento antirretroviral en países en vías de desarrollo y además que lo único que se lograría iba a ser promover la resistencia viral. Esto nos lo decían no solo algunos gobiernos, sino también algunas agencias multilaterales, algunos académicos; por suerte demostraron estar equivocados. Hoy por hoy, hay más de cinco millones de personas viviendo con VIH/sida en tratamiento antirretroviral en países de renta baja y media, estamos hablando de países en vías de desarrollo. Muchas de estas personas han sido recientemente puestas en tratamiento por el Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Pero, por supuesto, el tema central que nos desvela a muchos es qué pasa con el acceso universal, qué pasa con el porcentaje restante. Algunos países han reportado 60% de acceso, que es un poco excesivamente optimista, otros un 50 o 40% de acceso a la prevención, tratamientos y cuidados del VIH/sida. Ahora, qué pasa con el otro 40 o 50% que, como sabemos los que trabajamos en esto, son las personas de más difícil acceso. Y yo estoy seguro que entre esos de más difícil acceso, por definición ese 40, 50% al que todavía no hemos llegado, hay un porcentaje muy importante de usuarios de drogas.

En medio de todo esto vino la crisis financiera; yo creo que más que la crisis financiera, que es lo que ocupa a los medios de comunicación, vino un sinceramiento acerca de lo que se decide financiar. Muchos países donantes han tenido que explicitar que sus agendas han cambiado, que hoy sus agendas tienden hacia otros temas, como cambio climático, salvar bancos, seguir en la guerra contra el terror. En el último año se invirtieron 700 mil millones de dólares para salvar bancos y 711 mil millones de dólares se utilizaron en la guerra de Irak y Afganistán. Por supuesto, en la crisis global financiera los países más golpeados son los nuestros, en nuestra región. Las maquilas producen menos en Centroamérica porque hay menor demanda en algunos países centrales y esto genera más desempleo, o sea, no solo están golpeados Grecia, España Italia, sino esta-

<sup>1</sup> N. de la E.: Se refiere a la 13ª Conferencia Mundial de Sida, que tuvo lugar en Durban, Sudáfrica, en julio de 2000.

mos golpeados todos, algunos más vulnerables. Creo que debemos encuadrar el desfinanciamiento internacional al sida y la salud internacional como una violación a los derechos humanos, y denunciar que volver a potenciar las inequidades es volver atrás en cosas que se habían avanzado en algunos países. O sea, damos pasos de bebé y volvemos para atrás con pasos de gigante.

En este momento, por ejemplo, el Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y la Malaria necesita 20 mil millones de dólares para los próximos tres años, lo que comparado con los 700 mil más los 711 mil millones, no es nada. Para salud materno infantil se habla de 5 a 6 mil millones de dólares para los próximos tres años y para las vacunas hay cifras parecidas. Estamos hablando de cifras marginales.

¿Por qué son importantes mecanismos como el Fondo Mundial? Joane Csete, una colega académica de la Universidad de Columbia y además activista por los usuarios de drogas, decía en la Conferencia de Viena:<sup>2</sup> “Es remarcable que países con larga historia de homofobia y de demonizar a los usuarios de drogas hoy incluyan a los hombres que tienen sexo con hombres y a los usuarios de drogas en la discusión de políticas y programas sobre sida”.

En materia de inversión, hasta 2009 el Fondo Mundial invirtió 180 millones de dólares en 42 países en programas de reducción de daños exclusivamente. Esto no incluye usuarios de drogas en tratamiento antirretroviral o que acceden a condones. De todas maneras, si dividimos 180 millones por 42 países, la inversión es bastante pobre. No obstante, lo interesante del Fondo Mundial son estos procesos nacionales a los que se refería Joane Csete, los mecanismos de coordinación multisectoriales que promueven la participación de las poblaciones clave de la epidemia en los diferentes espacios, no solo en donde se toman las decisiones sino también donde, como subreceptores o implementadores, reciben el dinero, implementan y trabajan con los pares. Y en esos espacios siempre es importante recordar que quienes tienen que tener un rol protagónico son los propios usuarios de drogas.

Otro aspecto interesante es la reciente política de fortalecimiento de los procesos comunitarios. El Fondo Mundial está pidiendo propuestas para fortalecer a las organizaciones de base comunitaria, de usuarios de drogas, de trabajadoras sexuales, de hombres que tiene sexo con hombres. En los países más difíciles se implementa el financiamiento por doble vía; el dinero que es para la sociedad civil o programas de reducción de daños puede ser administrado por un receptor principal de la sociedad civil que seguramente no va a frenar desembolsos por cuestiones políticas. Y además, el Fondo financia programas basados en evidencias y en los derechos humanos.

Por supuesto que esto no es fácil, entre la teoría y la práctica se plantean una cantidad de dilemas y desafíos. Al respecto, Joane Csete también decía en Vie-

<sup>2</sup> N. de la E.: Se refiere a la 18va. Conferencia Mundial de Sida que tuvo lugar en Viena, Austria, en julio de 2010.

na: “Existe un dilema de derechos humanos en el corazón del Fondo Mundial: casados con los principios de derechos humanos y a la vez comprometidos en que las respuestas al VIH sean dirigidas desde el ámbito nacional”. Hay casos emblemáticos, como China y Vietnam, en lo que respecta a sus políticas de drogas y a la represión, criminalización y penalización de los usuarios de drogas, pero de alguna manera se está discutiendo cómo superar este dilema.

Técnicamente, el Fondo Mundial solo apoya intervenciones que están basadas en evidencias y que no violan los derechos humanos. El director ejecutivo del Fondo Mundial y otros actores y organizaciones no gubernamentales, entre las que está la Alianza, están llamando al cierre de los centros de detención compulsiva. Y entiéndase que estos centros no son solo los de Vietnam. En nuestra región tenemos pseudocentros de rehabilitación y de recuperación que son centros de detención compulsiva, que se transforman en centros de trabajo forzado para usuarios de drogas que, por supuesto, poco tienen que ver con la recuperación. También se está revisando la cartera de subvenciones y se está hablando con los agentes del Fondo que las fiscalizan y con las agencias de cooperación bilateral. Lo que sí es importante es que, en este momento, en países como Vietnam y China, y en ese tipo de centros, se están financiando exclusivamente las intervenciones basadas en evidencia, como es agujas, jeringas, condones y el tratamiento antirretroviral. Por ahora es un dilema que no está resuelto.

Ahora bien, el sistema de la ONU, como el Fondo Mundial, comparte este dilema porque está gobernado por gobiernos, gobiernos que violan sistemáticamente los derechos humanos de los usuarios de drogas. ¿Cómo se avanza en este dilema? Me parece que hay que interpelar, discutir este dilema, también en el sistema de la ONU. Pero mientras tanto, por suerte, las organizaciones como el Fondo Mundial y el sistema de la ONU tienen una influencia muy fuerte del personal, de sus funcionarios, que en algunos casos son mucho más progresistas que sus gobiernos.

En relación a América Latina hay algunos pendientes bastante fuertes. Coexisten países con políticas muy progresistas con otros menos, y una amplia e intrincada gama de problemas relacionados con los derechos humanos. Existen denuncias sobre la aplicación sistemática de la exclusión de los denominados “pacientes no adherentes”. Es casi imposible el acceso al sistema penitenciario o carcelario de los programas de VIH y ni qué decir de los de reducción de daños. Los servicios de salud, en muchos de nuestros países, expulsan a los usuarios de drogas como expulsan a otras poblaciones clave. El ambiente no es propicio. Quizá no hay un policía en la puerta, como en Vietnam, pero hay un mecanismo por el cual los usuarios de drogas acceden a los servicios de salud solo cuando tienen infecciones oportunistas.

En el contexto de la crisis, muchos de los países de nuestra región son castigados por su mayor co-inversión, por su propio éxito en la respuesta en el compromiso nacional. En el Fondo Mundial existe un mecanismo de elegi-

bilidad y de priorización, como en otros mecanismos bilaterales, que progresivamente va excluyendo a los países de renta media. Está basado en el nivel de ingreso que se clasifica según el Banco Mundial, que por supuesto no mide el nivel de equidad que hay internamente. Por eso, Brasil y Argentina son superpotencias para el Banco Mundial.

Hay, además, una pobre definición de lo que son las poblaciones en mayor riesgo. No se comprende lo que son las epidemias concentradas, se financian países y no se luchan epidemias, porque se piensa en epidemias generalizadas, y por la falta de financiamiento no se invierte en epidemias concentradas. Además, nuestros gobiernos implementadores son de bastante bajo perfil en estos espacios donde se discute el financiamiento global. Y, de alguna manera, si no lloramos no vamos a recibir, si no gritamos o peleamos no vamos a recibir el financiamiento que necesitamos. La mayoría de nuestros países en la región, van a ser fuertemente castigados por la priorización y la elegibilidad si no peleamos fuertemente en los próximos meses.

Creo que hay que seguir incomodando, que hay que seguir empujando mecanismos como el Fondo Mundial. El financiamiento debe mantenerse, basado en el desempeño, la evidencia y los derechos humanos, donde las poblaciones más vulnerables estén en el centro de la respuesta, estén tomando las decisiones, estén ejecutando los recursos. El Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y la Malaria plantea un nuevo paradigma, el de la democracia sanitaria, por eso creo que tenemos que pelear, no solo para que haya dinero sino para que el mecanismo funcione. Porque algunos donantes ponen menos dinero so pretexto de que hay algunos desafíos en la implementación.

Cuando hablamos de reducción de daños, hablamos de un paquete integral que incluye: distribución de jeringas y agujas; terapias de sustitución; testeo y consejería; antirretrovirales; prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; distribución de condones a los usuarios y a las parejas; información, educación y comunicación focalizada en esta población; vacunación, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis; prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Este paquete integral está en las políticas del Fondo Mundial. Es decir, hay políticas, documentos, buenas prácticas de trabajo con usuarios de drogas y voluntad de financiar técnicamente estas propuestas; vamos a ver si el correlato financiero nos acompaña.

Para concluir, algunos señalamientos. Me parece que debemos trabajar para que el Fondo Mundial siga siendo mundial, no debe transformarse en un fondo regional para financiar solamente países con epidemias generalizadas en África, por ejemplo, sino que debe seguir financiando epidemias concentradas como las de los usuarios de drogas en nuestra región. Debemos mejorar la coordinación entre las agencias y los gobiernos. Algunos de los desafíos que tiene el Fondo Mundial, y que tienen otras agencias también, son que los acuerdos que se firman sobre alineación, coordinación y armonización son parte de la retórica que todavía no se puede aplicar en algunos países.



---

## AMÉRICA LATINA DEBATE SOBRE DROGAS

---

Tenemos que terminar con la guerra contra las drogas y tenemos que cerrar los centros que en cualquiera de sus formas, abiertas o más sutiles, castigan a los usuarios de drogas. Hay que descriminalizar el uso y la posesión de drogas para el uso personal. Y hay que centrar los esfuerzos por el porcentaje que falta para el acceso universal a prevención y tratamiento.

Las promesas incumplidas son las que nos matan, y esto tiene que ver con los compromisos de los donantes. Por eso, la madre de todas las batallas que vamos a dar en los próximos meses no es contra las drogas, sino contra la falta de compromiso de los donantes.

■  
Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.

# APUNTES DEL CONTEXTO INTERNACIONAL

Si uno se guiara por el título que antecede, podría suponer que hablar del contexto internacional, a la luz de las distintas realidades y experiencias que los expertos participantes de este encuentro representan, configuraría un universo extremadamente heterogéneo y difícil de prologar. Sin embargo, al leer sus conferencias aparecen con facilidad los puntos en común. El principal de ellos es la referencia –una vez más y por supuesto todas las necesarias– a la afirmación de que “tal como están, las políticas de drogas han mostrado su fracaso”. Lo hemos escuchado y leído tantas veces que empieza a parecer el lugar común en el que los que pensamos de forma similar nos refugiamos. Eso es un riesgo. La mera coincidencia en el enunciado no va a cambiar el estado de las cosas.

En este sentido, las presentaciones que forman parte de este capítulo nos brindan argumentos, justificaciones, datos y experiencias para pasar de la coincidencia del enunciado a la argumentación del debate.

Bien nos alerta Ethan Nadelmann, cuando señala que “abogar por” –en este caso, políticas de drogas con otros contenidos– implica poner todas las opciones sobre la mesa y que todas puedan ser consideradas, sin proscricciones, fanatismos ni obsesiones.

Encuentro que en esas palabras está uno de los niveles de análisis de los discursos en torno al tema. ¿Por qué un orden abstencionista obsesiona de tal manera que es imposible pensar en otro orden con regulaciones y controles?; prohibir, prohibir y prohibir ¿no parece una posición del fanático que no puede con nada más que con su propio discurso?; ¿es tan poderosa la estrategia de reducción de daños que mejor no escuchar ni dejar hablar de ella?

En esta misma línea, Kasia Malinowska-Sempruch insiste en su presentación con una palabra que hace eco, obsesión. Si viéramos en una línea histórica el desarrollo de las políticas de drogas en el mundo, quizás haya que concluir que parecen estar comprometidas con una obsesión por el fracaso. Pocas políticas han propuesto estrategias para sus objetivos tan destinadas al fracaso como las de drogas. Fracaso en limitar la disponibilidad de las sustancias y en disminuir el sufrimiento social e individual que muchas veces su consumo acarrea. Fracaso en controlar la producción de drogas y fracaso

al querer solucionarlo a través de la invasión bélica de fronteras. Fracaso en ejercer el control punitivo contra los narcotraficantes, y fracaso al llenar las cárceles de mujeres y vendedores-usuarios. ¿Cómo salir de esa obsesión al fracaso? ¿Cómo empezar a transitar un camino donde el éxito se traduzca en un control racional humano y efectivo?

Martin Jelsma nos sugiere que, más allá de las expectativas no cumplidas en la Reunión de Alto Nivel de Viena de 2009, están las bases sentadas para profundizar y alcanzar –en el mejor de los casos– nuevas políticas. Muchos de los discursos y posiciones que hoy se expresan y traban los debates internacionales son repetidos obsesivamente por los mismos personajes y países maliciosos. ¿Cómo salir de las ideas obsesivas, cuando toda la evidencia está en contra de ellas? El desafío parece estar al interior de las sociedades de cada uno de los países dispuestos a dar vuelta esta obsesión por el fracaso. En tanto que las contradicciones flagrantes de las convenciones internacionales sobre estupefacientes dejan el camino lleno de fisuras en donde dar curso a políticas más eficaces y respetuosas de los derechos humanos de todos los ciudadanos.

Manuel Cardoso de Portugal nos trae una experiencia que nos dice que hay modos diferentes de hacer una política de drogas y también que podemos evaluar sus resultados sin avergonzarnos de ellos. Seguramente, al interior de Portugal, como en todos los países del mundo, hacer política pública de cualquier tema implica debatir, que existan diversas posiciones y que algunas se encuentren mejor representadas que otras en la ejecución de esas políticas. Principios como el de territorialidad, humanismo, pragmatismo, seguridad e integralidad en las acciones necesitan tomar cuerpo en políticas efectivas y necesarias.

Seguir suponiendo que las políticas que se están implementando en el mundo para disminuir y controlar la circulación y disponibilidad de las drogas están funcionando, y seguir obsesivamente sosteniendo las mismas cosas, es lisa y llanamente una imbecilidad. Hacer siempre lo mismo no cambia las cosas. Está en nosotros hacer algo diferente.

## **Pablo Cymerman**

Psicólogo por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Coordinador del Área de Relaciones Institucionales de Intercambios Asociación Civil e investigador del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

# PANORAMA INTERNACIONAL DE REFORMAS DE POLÍTICAS DE DROGAS: APERTURAS Y DESAFÍOS PARA EL FUTURO

**Martin Jelsma**

Politólogo, especializado en América Latina y en políticas internacionales de drogas. En 2005 obtuvo el Alfred R. Lindesmith Award por sus logros en el campo de la investigación. En 1995 puso en marcha el programa Drogas y Democracia del Transnational Institute (TNI), que coordina desde entonces. Es co-editor de la colección “Drogas y Conflicto” y de la serie “Informes sobre políticas de drogas”, ambas del TNI.

## ■ La revisión de la UNGASS

El proceso de revisión de los objetivos establecidos en 1998 por la Sesión Especial sobre drogas de la Asamblea General de la ONU (United Nations General Assembly Special Session, UNGASS) llegó a su fin en la reunión realizada en marzo de 2009 en la ciudad de Viena. Fue una oportunidad histórica para avanzar en la búsqueda de un mejor equilibrio en las políticas mundiales de control de drogas. Muchos pensábamos que la falta de avances considerables para “eliminar o reducir significativamente” el mercado de las drogas, cuyo plazo era 2008, debía llevar a cuestionar las actuales políticas. En efecto, no ha habido una disminución de la producción de ninguna de las sustancias en cuestión. En casi todo el mundo es fácil encontrar estos productos y a precios más bajos de los que tenían hace una década. Además, los esfuerzos antidrogas han generado serios daños colaterales en términos de una crisis carcelaria y de violaciones a los derechos humanos. Iba a ser difícil, pues, concluir que el mundo está bien encaminado y que no hay razones para un replanteamiento. Teniendo en cuenta todo esto, un grupo de países y numerosas ONG esperaban que la reunión de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes, en marzo, adoptara sin ambigüedad el discurso y el concepto de la reducción del daño.

El director ejecutivo de la Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito (ONUDD), Antonio Maria Costa, presentó una serie de propuestas interesantes para hacer la fiscalización de drogas “apta según las intenciones”. El Sr. Costa habló de la necesidad de “humanizar” nuestro régimen de control de drogas porque en su opinión hay demasiada gente en prisión; demasiados recursos para la represión y demasiado pocos para la prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción del daño; demasiado énfasis en la destrucción de cultivos ilícitos y muy pocos recursos para la ayuda al desarrollo de los campesinos. Subrayó también la necesidad de mitigar las consecuencias negativas involuntarias, y defendió abiertamente el principio de la reducción del daño y el debido respeto a los derechos humanos.

Sin embargo, el resultado final de la nueva Declaración Política adoptada en marzo ha sido decepcionante. El texto no expresa ningún cuestionamiento o replanteamiento, e incluso repite el objetivo de la UNGASS de eliminar o reducir significativamente el abuso de drogas en la próxima década, a pesar de estar conscientes de que no se logró mucho en la última década. La intención es, no obstante, volverlo a intentar sin repensar la estrategia. Además, no resultó posible aceptar en el texto un aval explícito de la reducción del daño, lo que condujo a que finalmente un grupo de 26 países pusiera en la mesa una declaración interpretativa expresando claramente su apoyo a estos programas y al concepto.

Todo el proceso de un año, con una evaluación, un período de reflexión y negociaciones interminables y frustrantes sobre la declaración y un plan de acción, ha demostrado que el funcionamiento del sistema de las Naciones Unidas en el área de control de drogas tiene problemas inherentes que hacen casi imposible salir del impasse en el que nos encontramos desde hace por lo menos dos décadas. Hay varios factores que han contribuido a la construcción de este problema:

■ La Comisión de Estupefacientes (Commission on Narcotic Drugs, CND) toma decisiones con base en el consenso, lo que hace relativamente fácil aun para una minoría, obstaculizar cualquier progreso.

■ La ONUDD ha mostrado en varias ocasiones su voluntad de mejorar y modernizar el régimen de control, pero también ha sufrido grandes presiones de parte de los donantes, principalmente de EE.UU. Las presiones económicas y políticas han llevado a sostener y comprobar que se han hecho grandes avances, lo que no es cierto, en detrimento de la credibilidad del proceso en el mundo científico y entre los países más progresistas. Esa situación ha mejorado recientemente.

■ La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), el órgano supuestamente independiente de control de las tres convenciones, ejerce varias tareas útiles, pero su forma de operar –no puedo decirlo de otra

manera– sigue siendo una vergüenza para el sistema de la ONU y por tanto requeriría una reforma fundamental.

■ La OMS ha quedado casi completamente marginada del núcleo triangular compuesto por la CND, la ONUDD y la JIFE. La OMS tiene una visión más científica sobre el tema, lo que ha producido tensiones con la ideología que mantiene el mencionado triángulo.

■ La base del régimen de control, las tres convenciones, es obsoleta. Aunque las convenciones están llenas de contradicciones y se han vuelto un obstáculo para la búsqueda de políticas más eficaces y humanas, siguen siendo consideradas como instrumentos sagrados que nadie puede tocar.

Entonces, en el actual ambiente de la ONU no será fácil superar el impasse. Sin embargo, a pesar de la decepcionante declaración final, sí se han logrado este año varias aperturas en el debate que se podrán aprovechar en los años venideros. Nunca antes el tema de los derechos humanos ha estado tan presente en las discusiones. Lo referido a la falta de coherencia del sistema de la ONU en su totalidad, está ahora presente en la mesa y otros organismos se han metido en la discusión y han expresado sus inquietudes sobre posibles contradicciones entre un control de drogas represivo y el respeto de los derechos humanos, el derecho a la salud, el acceso a medicinas esenciales y una estrategia eficaz contra el VIH/sida que necesita medidas de reducción del daño para usuarios de drogas.

En algún momento –desafortunadamente, el proceso de UNGASS no brindó esa oportunidad en esta ocasión– el sistema de control de drogas de la ONU y las convenciones deberán ajustarse a los cambios de paradigma y de prácticas que se están produciendo en otros entes de la organización y en un número creciente de países. Veamos, a continuación, qué está pasando en términos de cambios de políticas y cuáles son las tendencias en las reformas nacionales de la última década.

### ■ Principios rectores

En general, el desafío en el diseño de políticas de drogas es encontrar un equilibrio entre, por un lado, la protección de la salud pública mediante la implementación de determinados controles, y el por otro, las consecuencias negativas que generan los controles represivos. El objetivo es lograr un sistema global que proteja el bienestar de la humanidad mediante el control de las sustancias potencialmente nocivas, pero con la flexibilidad suficiente para respetar las diferencias socioculturales y evitando hasta el máximo la represión a los consumidores, campesinos y pequeños traficantes. Estos son algunos principios rectores para guiar un proceso de reformas de políticas de drogas:

■ **Basarse en pruebas.** Los cambios deberían basarse en una evaluación científica de la eficacia de las políticas y no en principios ideológicos. Existen numerosos estudios que indican qué políticas funcionan y cuáles no, lo cual constituye un cuerpo de conocimientos que se debería tener en cuenta.

■ **Establecer diferenciaciones.** Es necesario diferenciar entre sustancias y patrones de uso. Los riesgos sanitarios asociados al consumo del cannabis no son los mismos que los relacionados con la inyección de heroína o el consumo de crack. Es necesario considerar también la distinción entre plantas naturales y sus derivados concentrados: por ejemplo, la coca, en su estado natural, puede ser beneficiosa para la salud, mientras que el consumo de su alcaloide (cocaína) aislado y concentrado puede generar problemas. Además hay una diferencia sustancial entre usos recreativos y patrones de uso más problemáticos.

■ **Reducción del daño.** Es imposible pensar en un mundo sin drogas. Por eso, la ideología de la “tolerancia cero” debe sustituirse por el principio de reducción del daño, un enfoque más pragmático tendiente a manejar los daños asociados con las drogas en la medida de lo posible, tanto para el consumidor como para la sociedad en general.

■ **Flexibilidad.** Se deben tener en cuenta las diferencias socioculturales. El sistema actual se encuentra demasiado influenciado por los intereses del Norte. Las normas establecidas a escala mundial deberían dejar más margen de maniobra y permitir a cada país ajustarlas a sus leyes nacionales para proteger los derechos de las comunidades indígenas que conservan sus prácticas y costumbres tradicionales.

■ **Derechos humanos y proporcionalidad.** El control de drogas debería demostrar un pleno respeto de los derechos humanos, lo que significa que cualquier pena debe ser proporcional al delito. Ejemplos de desproporción serían, entre otros, el castigo de usuarios por el mero hecho del consumo, la erradicación forzosa a campesinos que no tienen otra fuente de ingresos o las duras sentencias penitenciarias contra pequeños traficantes, así como la pena de muerte por delitos de drogas.

■ **Desarrollo.** La erradicación de la pobreza y el hambre constituye el principal Objetivo de Desarrollo del Milenio de la ONU y, por lo tanto, debe tener una clara prioridad. Las medidas de control de drogas nunca deberían generar más pobreza y más hambre, como sucede actualmente con la erradicación forzosa.

■ **Participación de la sociedad civil.** Es necesario incluir en la formulación de la política a todos los actores involucrados: campesinos, usuarios, jóvenes,

profesionales de la sanidad y ONG locales e internacionales. Es la única manera de asegurar que dichas políticas se hayan basado en la práctica y que funcionen.

Con estos principios en la cabeza, quiero entrar en más detalle sobre tres áreas importantes de las reformas en marcha: los avances en las políticas de reducción del daño, los cambios legislativos de la descriminalización y las políticas alternativas para el cannabis.

### ■ Reducción del daño

■ **Políticas básicas de la reducción del daño.** Estas políticas se orientan a la disminución de las consecuencias adversas, sanitarias, sociales y económicas, del uso de drogas psicoactivas (drogas controladas, alcohol, drogas farmacéuticas), tanto sobre los consumidores como sobre su familia y la sociedad en general, sin necesariamente poner fin al consumo de drogas.

En la última década se realizaron importantes avances en los programas básicos de reducción del daño, principalmente para la prevención de enfermedades como sida y hepatitis entre los usuarios. Existen alrededor de 16 millones de consumidores de drogas inyectables, de los cuales unos tres millones están infectados con el VIH. Actualmente, unos 80 países implementan programas de intercambio de jeringas y alrededor de un millón de personas reciben tratamientos de sustitución de heroína con metadona o buprenorfina. Este tipo de programas se implementan en Canadá, Australia, casi todos los países de Europa y en gran parte de Asia, en varias ciudades y estados de EE.UU. y en algunas naciones de América Latina, especialmente en Brasil, Argentina y Uruguay.

En 2003, la Unión Europea (UE) adoptó el enfoque de reducción del daño como posición común, incluyéndolo en la Estrategia de Drogas de la UE para el período 2005-2012. El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) afirmó que, además de contribuir a reducir la transmisión del VIH, la entrega de jeringas permite “entablar relaciones con las poblaciones de drogadictos que no tienen contacto con otros servicios, y puede ser una vía hacia tratamientos contra el consumo de drogas y hacia los servicios primarios de la salud”. Agregó que “no existen pruebas concluyentes de que su entrega tenga una repercusión negativa sobre las actividades de prevención o de fiscalización”.

Este tipo de prácticas se expande con rapidez, incluso a países con leyes sumamente estrictas. China, por ejemplo, implementó programas de intercambio de jeringas hace varios años y en 2006 lanzó un plan de apertura de mil clínicas de suministro de metadona. Países como Irán, Pakistán y Vietnam implementan políticas similares. En EE.UU., aunque el Gobierno federal hasta ahora ha llevado adelante una cruzada ideológica contra la reducción del daño,



numerosos estados y ciudades han puesto en marcha programas de intercambio de jeringas y de sustitución con metadona. Además, el gobierno de Barack Obama se muestra predispuesto a suavizar la posición anterior y, recientemente, la Cámara de Representantes votó con gran mayoría a favor de poner fin a la prohibición del uso de fondos federales para programas de intercambio de jeringas. En la actualidad, la mayor resistencia contra los programas de reducción del daño se limita a una minoría de países integrada por Rusia, Japón y algunas naciones africanas e islámicas, como Sudán y Arabia Saudita.

■ **Otras prácticas de reducción del daño.** En la última década, algunos países, como los Países Bajos, Alemania, Suiza, España, Dinamarca, Canadá y Australia, avanzaron en prácticas de reducción del daño más controvertidas, como la emisión de recetas de heroína y la implementación de salas de consumo de drogas para los grupos de usuarios más problemáticos.

Suiza lanzó un programa piloto de suministro de heroína en 1994, los Países Bajos en 1998 y Alemania y España más tarde. Las evaluaciones de los programas suizos y holandeses sobre los efectos de estas políticas en la reducción de muertes por sobredosis, las mejores condiciones de salud de los heroínómanos y la marcada disminución de las tasas de delitos relacionados con las drogas llevaron al Parlamento danés a aprobar en 2008 la emisión de recetas de heroína a los adictos de muchos años. Ese mismo año, también se aprobó en Suiza, con casi el 70% de los votos en un referéndum, la continuación en forma permanente del proyecto de suministro de heroína.

Las salas especiales para consumo de drogas son centros supervisados en los que los drogadictos pueden consumir sin temor a ser arrestados. Existen unas 65 de ellas en Suiza, los Países Bajos, Alemania, Luxemburgo, España y Noruega, además de dos proyectos piloto en Australia y Canadá. Un informe del OEDT explica la lógica de esta medida con el argumento de que “los consumidores de drogas, en la medida en que no puedan o no quieran dejar de consumir, deben tener la posibilidad de sobrevivir con la esperanza de que en alguna etapa posterior puedan dejar su adicción”.

Sin embargo, la JIFE condena las salas para el consumo de drogas con el argumento de que violan las convenciones de la ONU que restringen el uso de drogas a fines médicos y científicos. Para la JIFE, los gobiernos que admiten las salas para el consumo “facilitan, promueven y/o instigan los delitos relacionados con la tenencia y el consumo de drogas ilegales y otros delitos penales, incluido el tráfico de estupefacientes”. Esta afirmación contradice el asesoramiento legal de la ONUDD, que dice que “sería difícil afirmar que la creación de salas para el consumo de drogas inyectables conlleva la intención de las Partes de incitar o inducir el consumo ilícito de drogas, o lo que es peor, de relacionarse con la tenencia de drogas o promoverla, instigarla o facilitarla [...]”. Según la sección legal, “queda claro que la intención de los Gobiernos es ofrecer mejores condiciones sanitarias para los adictos a las drogas intravenosas y, de ese modo, re-

ducir los riesgos de transmisión de enfermedades contagiosas y, por lo menos en algunos casos, acercarse a ellos mediante el uso de la terapia y otras opciones similares. A pesar de que desde el punto de vista de la reducción de la demanda esta acción parece insuficiente, dista enormemente de la intención de delinquir de acuerdo con lo previsto en la Convención de 1988”.

■ **Las políticas de reducción del daño en América Latina.** El enfoque de reducción del daño se originó pensando en el uso de heroína mediante inyecciones. En América Latina, este es un problema grave solo en México (que implementa políticas de sustitución), por lo que en el resto de la región las políticas de este tipo se desarrollaron lentamente. El principal estupefaciente inyectable en la región es la cocaína: se estima que existen entre 400.000 y 2 millones de consumidores que se inyectan, la mayoría en Brasil y en menor medida en Argentina, los primeros países de América del Sur en desarrollar una política de reducción del daño. Ambos países, junto a México, Paraguay y Uruguay, tienen hoy programas de intercambio de agujas.

En realidad, en América Latina la mayor parte de los problemas sociales y de salud se relacionan con el consumo de alcohol y el uso fumado de la cocaína (crack, pasta base de cocaína y lo que en Argentina se denomina paco). Aunque este cambio de paradigma, de la tolerancia cero a la reducción del daño, produjo grandes avances en diferentes lugares del mundo, no es posible simplemente trasladar el nuevo modelo a América Latina, donde la reducción del daño debe centrarse en el uso fumado e inhalado (en lugar de inyectado) y en los estimulantes (en lugar de las drogas opiáceas). Existen alternativas adaptables al contexto latinoamericano. En Brasil, por ejemplo, se implementaron programas piloto de entrega de pipas para crack a fin de reducir el uso compartido de los utensilios infectados, y de tratamiento de sustitución con cannabis para los fumadores de crack. También podría pensarse en otras posibilidades, como por ejemplo, la disponibilidad de estimulantes más suaves en el mercado legal, hecho que podría contribuir a evitar que determinados grupos de consumidores recreativos empiecen a consumir cocaína. En este sentido, se puede entender la propuesta del Gobierno boliviano de posibilitar la exportación de los productos naturales de coca. Pero aún falta mucho para desarrollar una política particular de reducción del daño diseñada especialmente para enfrentar los principales problemas relacionados con drogas en América Latina, en donde las repercusiones sociales negativas, como la violencia de las pandillas y las organizaciones del narcotráfico, o la superpoblación carcelaria y sus condiciones inhumanas, tienen tanta relevancia como las consecuencias negativas para la salud.

### ■ **Descriminalización**

■ **Descriminalización y despenalización en la Unión Europea.** En los últimos años, la población carcelaria mundial ha aumentado drásticamente, en parte debido

al endurecimiento de las legislaciones antidrogas derivadas de la Convención contra el Tráfico Ilícito de 1988, que obliga a los países a “tipificar como delitos penales en su derecho interno” toda la actividad relativa a la producción, la venta, el transporte, la distribución, etcétera, de las sustancias enumeradas en las listas más restringidas de las convenciones de 1961 y 1971.

Especialmente en EE.UU., Rusia y China se ha incrementado dramáticamente la población carcelaria, pero también en la mayoría de los países de Europa y América Latina. La crisis penal resultante y la falta de repercusión positiva originaron varias reformas de despenalización y descriminalización.

Existe mucha confusión en torno al significado exacto de estas dos palabras. No hay una definición universalmente aceptada y las interpretaciones varían de un idioma a otro. La distinción que prefiero usar es que “descriminalización” significa eliminar un comportamiento o actividad del derecho penal y “despenalización”, en cambio, implica simplemente una reducción de la sentencia. La descriminalización suele afectar los delitos relacionados con el consumo de drogas y puede verse reflejada en la imposición de sanciones no penales (administrativas) o directamente en la anulación de todas las sanciones. La despenalización suele abarcar el consumo personal, pero también el tráfico en pequeña escala, y en general conlleva la eliminación o la reducción de las penas de prisión. Sin embargo, la actividad sigue constituyendo un delito penal. El término “legalización” se referiría a la eliminación del ámbito del derecho penal de todos los delitos relacionados con los estupefacientes: consumo, tenencia, cultivo, producción, tráfico, etcétera.

En muchos países el consumo personal no es un delito, es decir, se encuentra descriminalizado. Las convenciones de la ONU no estipulan la imposición de penas (penales o administrativas) por consumo, ninguno de los tratados exige que el consumo de estupefacientes se tipifique como un delito punible.

La cuestión de diferenciar entre consumo personal y tráfico, sin embargo, es compleja. En 2003, la UE fijó directrices para establecer las penas para los delitos de tráfico, pero no para el consumo personal, ya que fracasó el intento de encontrar una definición común con umbrales unificados que distinga entre tenencia para consumo e intención de tráfico. En consecuencia, existen grandes diferencias dentro de la UE. Por ejemplo, España, Italia, Portugal y Luxemburgo no consideran que la tenencia de drogas para consumo personal sea un delito punible. En los Países Bajos, Alemania y la República Checa, la tenencia para uso personal sigue siendo ilegal, pero se establecieron directrices para que, hasta cierta cantidad, la policía, los fiscales y los tribunales no impongan pena alguna, ni siquiera multas. Otros países imponen sanciones administrativas y solo unos pocos –Suecia, Letonia y Chipre– todavía contemplan sentencias de prisión a la tenencia de pequeñas cantidades.

Desde el punto de vista legal, hay enormes diferencias y mucha controversia en cuanto a qué cantidad constituye una dosis para consumo personal. En las últimas décadas, al menos siete países de la UE –Bélgica, Alemania, Grecia,

Italia, Portugal, Finlandia y los Países Bajos– redefinieron el límite de manera tal de no imponer acciones penales contra las personas detenidas con estupefácnicos aparentemente destinados al consumo personal. En 2001, la nueva ley de descriminalización de Portugal definió el límite como “la cantidad requerida para que un individuo promedio consuma durante un período de 10 días”. Las indicaciones de lo que se considera una dosis diaria promedio se establecieron después: por ejemplo, 2,5 gramos de cannabis y 0,2 gramos de cocaína. Estos umbrales no son determinantes; no obstante, si no median pruebas adicionales que impliquen al consumidor de drogas en delitos más graves, la tenencia de tal cantidad de drogas está descriminalizada y debe tratarse como una infracción administrativa en vez de un delito penal.

Otros países de la UE definen los umbrales en términos de cantidades específicas de gramos o unidades. En Austria, el límite de un “delito grave” (punible con encarcelamiento) son 15 gramos de cocaína y 3 gramos de heroína, mientras que se consideran “pequeñas cantidades” a 1,5 gramos de cocaína, 1 gramo de estimulantes de tipo anfetamínico (*Amphetamine-Type Stimulants*, ATS) y 0,5 gramos de heroína. En Finlandia, la legislación hace referencia a 1 gramo de heroína o 1,5 de cocaína, aunque en la práctica el límite mínimo para una sentencia de prisión es de 10 gramos de ATS, 40 pastillas de éxtasis, 4 gramos de cocaína y 2 gramos de heroína.

Lo central, en todo caso, es que todos los países de la UE han adoptado una diferenciación judicial o legal para graduar la severidad del delito. La tendencia consiste en apartar a los consumidores del sistema penal y ofrecer tratamientos en lugar de imponer penas. El énfasis, en la UE, se centra en la intención y no en la cantidad poseída. La gran mayoría de sus países elige mencionar algún tipo de cantidad “pequeña” en la legislación; sin embargo, deja a discreción judicial o fiscal, con el conocimiento de las circunstancias pertinentes, determinar la verdadera intención subyacente en el delito. Ningún país utiliza de manera definitiva las cantidades para determinar si una persona es consumidora o traficante.

### ■ La experiencia de la descriminalización y despenalización en América Latina.

Al revisar la experiencia en América Latina, un claro ejemplo de la fijación de umbrales muy poco realistas es la ley de *narcomenudeo* de México sancionada en abril de 2009. Las cantidades establecidas para el consumo personal son 5 gramos de cannabis y 2 gramos de opio, pero cifras extremadamente bajas de cocaína (0,5 gramos), heroína (0,05 gramos) y metanfetaminas o éxtasis (0,04 gramos). En comparación, en Paraguay, por ejemplo, se han fijado cantidades de 2 gramos para la cocaína y la heroína. En 2008, un juez de Sao Paulo absolvió a una persona arrestada con 7 gramos de cocaína porque no se pudo probar fehacientemente que no era para consumo personal. Si se establecen ciertas cantidades como umbral, estas deben basarse en pruebas (cuánto es, en realidad, para consumo personal) y deben ser utilizadas de manera indicativa, no determinante, en el procedimiento penal.

En los casos de cantidades más grandes es importante que la fiscalía pruebe la intencionalidad antes de que una persona sea encarcelada por cargos de narcotráfico. Como principio legislativo, el juez debe tener la posibilidad de tomar en consideración otras cuestiones –cantidad de delitos, condiciones sociales, circunstancias del arresto, etcétera– para determinar las penas cuando se supera la cantidad mínima de las dosis. El riesgo es que se apliquen reformas mínimas, como la implementada en México, que tienen un valor simbólico positivo, eficaz para desestigmatizar a los drogadictos y evitar que algunos de ellos terminen en la cárcel, pero que pueden generar efectos perjudiciales para muchos consumidores de drogas erróneamente catalogados como traficantes. El decreto mexicano también estipula umbrales para el narcotráfico menor, definido por cantidades de hasta mil veces las dosis para consumo personal. Si bien es fundamental distinguir a los distribuidores callejeros de los grandes traficantes, el contrabandista de poca monta (por ejemplo, una persona detenida en el aeropuerto que se tragó más de 500 gramos de cocaína o 50 gramos de heroína) sigue recibiendo el trato de un traficante a gran escala. En contraste, en 2008, Ecuador sancionó un indulto para las “mulas”, a quienes se consideró víctimas de una legislación desproporcionada. Se liberó de prisión a más de tres mil personas detenidas con una cantidad máxima de dos kilos de cualquier tipo de droga que no tenían condena anterior y habían cumplido un diez por ciento de su pena o un mínimo de un año.

En general, el debate suele centrarse en los delitos relacionados con el consumo, aunque la crisis carcelaria se debe en gran medida a la falta de mejor diferenciación entre el tráfico menor y el que está en manos del crimen organizado. Otros países latinoamericanos, y también europeos, pueden aprender del ejemplo de Ecuador.

### ■ Cannabis

■ **La descriminalización del cannabis.** El cannabis es la sustancia ilegal más consumida: involucra a alrededor de 170 millones de personas en todo el mundo y, entre ellos, los consumidores recreativos que desarrollan patrones problemáticos de consumo son relativamente pocos. Desde que el cannabis fue incluido en la Convención Única de Estupefacientes de 1961 se viene debatiendo si esa ha sido una decisión acertada. El cannabis también se incluyó en la Lista IV, que exige los controles más estrictos, puesto que se trata de sustancias consideradas “muy peligrosas” por sus características nocivas, los riesgos de adicción y el limitado valor terapéutico. Entre ellas figuran la heroína y el cannabis, pero no la cocaína, que solo aparece en la Lista I. Muchos plantean que la inclusión del cannabis fue una equivocación basada en la información médica y científica disponible cuando se redactó el tratado. Incluso la ONUDD reconoció que “gran parte del material que había sobre el cannabis en la actualidad se considera erróneo”.

La Convención indica un riguroso sistema de control para el cannabis, pero otorga cierta flexibilidad a los países en la interpretación de la “necesidad” de ese control. Además, en el traslado de la norma internacional a la ley nacional, los países pueden ganar cierto margen de maniobra. La Convención de 1988 intentó restringir el margen proporcionado a los países por la Convención de 1961. Así, se exigió a las partes la penalización de la tenencia y el cultivo para consumo personal a menos que esto se opusiera a los principios constitucionales y a los conceptos básicos del sistema jurídico nacional. La Convención de 1988 representa un endurecimiento del régimen internacional, aunque aún admite cierto margen de maniobra. El resultado fue un sinnúmero de regímenes de control alternativos implementados según las circunstancias y los principios legales nacionales o locales. Cabe señalar que ni siquiera los regímenes alternativos más audaces incluyen la legalización explícita del cultivo, la producción o la distribución del cannabis, la cual violaría claramente las disposiciones de las convenciones internacionales.

Por ejemplo, en Francia, Canadá, Gran Bretaña y algunas ciudades y estados de EE.UU. se aplica un régimen de prohibición con advertencia o programas de rehabilitación. En Bélgica, Italia, la República Checa, Portugal, Dinamarca y ciertos estados de Australia está vigente una prohibición con penas civiles. En Alemania, Austria, España, Suiza y varios estados de EE.UU. y de India se encuentra un modelo de prohibición parcial, donde la posesión para el consumo es totalmente legal, llegando hasta los Países Bajos, donde existe una legalización *de facto* (no de jure) incluso para la venta en pequeñas cantidades.

Es importante destacar que, en todos estos casos, no hubo un aumento importante de consumo de cannabis después de la introducción de reformas legislativas. Una comisión internacional de expertos académicos ha concluido recientemente que “si la ilegalidad del cannabis se mantiene, las leyes y las sanciones tendrán como mucho un impacto relativamente modesto sobre los índices de consumo de cannabis”. Es decir, las políticas prohibicionistas no reducen sustancialmente el consumo del cannabis. Las tendencias de consumo parecen más influenciadas por factores económicos, culturales y sociales que por las leyes contra las drogas.

■ **El caso de los Países Bajos.** Los *coffeeshops* holandeses, donde los consumidores pueden comprar una cantidad limitada de cannabis, ocupan un lugar altamente simbólico como paradigma de políticas liberales con respecto a esta sustancia. Contra lo que habitualmente se piensa, en los Países Bajos la tenencia de cannabis está tipificada como delito, aunque no el consumo. Esto implica que el Gobierno se ajusta a lo dispuesto en las convenciones de la ONU. En realidad, la política holandesa es una descriminalización *de facto* de la tenencia, la compra y la venta de cantidades para el consumo personal de cannabis, aunque *de jure* estas actividades no estén permitidas. También se

admite el cultivo de hasta cinco plantas por persona para consumo personal. El régimen de control se desarrolló de abajo hacia arriba, mediante iniciativas locales que luego fueron refrendadas por los municipios y finalmente adquirieron carácter formal a través del derecho y las políticas nacionales.

La revisión de la Ley del Opio de 1976 introdujo la descriminalización del cannabis. Su consumo dejó de ser un delito y la tenencia de hasta 30 gramos se convirtió en una infracción menor, mientras que la tenencia de más de esa cantidad siguió siendo un delito penal. El régimen se rige por las directrices nacionales oficiales emitidas por la fiscalía, según las cuales se tolera la venta minorista de cannabis siempre que las bocas de venta cumplan con ciertos criterios: nada de publicidad manifiesta, nada de drogas duras, nada de disturbios o alteraciones del orden público, nada de venta a menores y nada de ventas en grandes cantidades. La fiscalía le asignó la “prioridad judicial más baja” a las investigaciones y acciones contra la tenencia para consumo personal y otorgó una amplia discrecionalidad a los municipios. A pesar de la venta libre, los niveles de consumo de cannabis son similares a los de los países vecinos, Alemania y Bélgica, y mucho más bajos que en el Reino Unido, Francia y España.

Es importante señalar que, cuando se decidió descriminalizar el cannabis y tolerar la venta minorista, no se previó el fenómeno de los *coffeeshops*. El número de estos establecimientos creció rápidamente durante la década de 1980, lo que generó situaciones incontrolables y una trasgresión de las directrices. Hubo actos de violencia, un incremento de los robos y de venta de drogas duras. Como reacción, se produjo una fuerte resistencia en los barrios afectados y una pérdida de apoyo social al nuevo modelo. El consenso alrededor de esta política se resquebrajó aún más cuando los demócratas cristianos, que habían apoyado la estrategia, retiraron su respaldo. Fue así como, en 1996, el Gobierno decidió endurecer las directrices de modo de conservar la esencia del modelo. La venta se redujo de hasta 30 gramos a 5 por transacción y se estableció un límite de 500 gramos de cannabis de tenencia *in situ*. Además, la edad mínima de admisión en los cafés pasó de 16 a 18 años. El Gobierno habilitó nuevos instrumentos legales para que los municipios pudieran reducir la cantidad de cafés, incluyendo la opción de prohibirlos. En la actualidad, 66 de 443 municipios de los Países Bajos aplican la “política cero”, que les permite cerrar cafés incluso si no infringen los criterios. Adicionalmente, con el paso de los años, los criterios por parte de los equipos especiales de la policía se hicieron más estrictos. También se establecieron restricciones para los cafés en las proximidades de escuelas y para las licencias de los propietarios. Así, la cantidad de cafés sufrió una reducción drástica: de un pico de 1.500 en los inicios pasó a 813 en 2000 hasta llegar a 702 en 2007.

Lo central es que los Países Bajos pasaron de la “tolerancia cero” a la legalización *de facto* al menos en la “puerta principal”, es decir, los cafés en los que se vende cannabis. Los problemas continúan en la “puerta de atrás”: los propietarios de los cafés deben comprar el cannabis en un mercado que sigue

siendo ilegal y está sujeto a la aplicación de las leyes. Los proveedores todavía pueden ser procesados por transportar cannabis a los cafés y es posible detener a los propietarios de los establecimientos por adquirir cannabis, a pesar de que tienen permitido venderlo.

La ley se enfoca en los distribuidores a gran escala. Hasta mediados de los ochenta, la mayor parte del cannabis consumido en los Países Bajos era resina de cannabis importada. Debido a una fuerte ofensiva contra las importaciones y la mejora en las técnicas de cultivo, la planta de cannabis (*nederwiet*)<sup>1</sup> se popularizó en el país y, desde entonces, las organizaciones delictivas controlan una gran parte de la industria. Según la policía, al menos 80% de lo que se cultiva en los Países Bajos se exporta, a un valor de unos 2 mil millones de euros al año.

Teniendo en cuenta estos datos, la conexión entre oferta y demanda constituye un desafío importante para las políticas: el problema de la “puerta de atrás” pone en peligro el sistema. La situación paradójica de la prohibición de la oferta y la admisión regulada de la demanda se encuentra en una encrucijada. En 2000, el Parlamento votó una ley para regular la “puerta de atrás” mediante la autorización del cultivo de cannabis en un sistema cerrado; es decir, descriminalizó la producción de cannabis que se vende en los cafés. Pero el Gobierno se negó a aprobar la legislación con el argumento de que su reglamentación sería problemática y que enfrentaría una fuerte oposición internacional. En 2005, una nueva iniciativa propuso experimentar reglamentando el abastecimiento de cannabis en los cafés. El Gobierno solicitó asesoramiento legal y determinó que el cultivo de cannabis para cualquier otro fin que no fuese médico o científico estaba prohibido por las convenciones de la ONU y la legislación de la UE. La iniciativa, entonces, fracasó.

Pero el problema continúa. En el otoño de 2008, en una “cumbre de cannabis”, treinta intendentes de los principales municipios holandeses volvieron a pedir un “plan piloto supervisado” para evaluar si la existencia de cultivadores con licencia podría reducir los delitos derivados del suministro de cannabis. En mayo de 2009, el Partido Laborista dio a conocer un plan destinado a autorizar cinco plantaciones legales de cannabis, que reproduciría el modelo del cultivo legal con fines médicos que supervisa el Ministerio de Salud. En el período 2009-2010 se realizará una evaluación de todos los aspectos de la política de drogas holandesa, incluyendo el futuro de los cafés.

■ **EE.UU.: contradicciones y diversidad.** En EE.UU., la cuna de la prohibición, las políticas sobre el cannabis son más diversas de lo que habitualmente se cree. Hay una curiosa dicotomía. A nivel federal se implementa una política de cumplimiento estricto de la prohibición, pero en el orden estatal y local existe una extraordinaria diversidad: en la actualidad, trece estados descri-

<sup>1</sup> N. de la E.: Nombre que se da en Holanda a la planta de cannabis que se cultiva en el país.



nalizaron el consumo o la tenencia de cannabis y otros tantos han reconocido el uso médico de esta sustancia. Algunos estados sostienen ambos enfoques por lo que, en total, veinte estados aplican políticas diferentes a las federales.

Oregon fue, en 1973, el primer estado en descriminalizar el cannabis. Se estableció una multa de 500 y 1.000 dólares como sanción por tenencia de una onza (28,45 gramos) o menos, mientras que la venta y el cultivo conservaron penas más severas. En ese mismo año, California estableció una multa de 100 dólares por la tenencia de una onza para consumo que no fuera de carácter médico, con penas más severas para las cantidades superiores, tenencia en las escuelas y venta y cultivo. En 1975, la Corte Suprema de Alaska dictaminó que la tenencia de cantidades de hasta una onza para consumo personal era legal conforme a la constitución del Estado y sus garantías de privacidad.

Otros estados también establecieron políticas de despenalización y descriminalización, con diversas variantes. Las medidas incluyeron multas, sesiones educativas sobre estupefacientes, tratamientos contra las drogas en lugar de encarcelamiento y/o cargos penales por tenencia de pequeñas cantidades de cannabis, o la asignación de la prioridad más baja a la aplicación de las leyes sobre varios delitos vinculados al cannabis. El ámbito federal consideró estas alternativas contrarias a la Ley de Sustancias Controladas, lo que convirtió al tema en un campo de batalla para activistas, electores, legisladores locales y estatales y, en última instancia, también para los tribunales.

En 1996, los votantes de California aprobaron en un referéndum la Propuesta 215, la Ley de Uso Compasivo, que exime el uso médico del cannabis de las sanciones penales. No legaliza la sustancia, pero modifica el trato que el sistema judicial les dispensa a los pacientes y sus cuidadores, al permitir que las personas “tengan, cultiven y transporten” cannabis, siempre y cuando sea para fines medicinales y se justifique mediante receta. Los pacientes pueden solicitar su exención de la ley, pero el proceso de presentación de pruebas fehacientes es su responsabilidad.

En California, las contradicciones entre la política federal y la estatal condujeron a una especie de guerra civil de bajo nivel. La Drug Enforcement Administration (DEA) realizó allanamientos y cerró clubes de cannabis medicinal, procesó a los proveedores, amenazó a los médicos que recomendaban cannabis y combatió con éxito a pacientes y cooperativas. Algunos casos llegaron a la Corte Suprema. En 2001, el tribunal dictaminó que las leyes federales de estupefacientes no permiten exenciones para el cannabis medicinal y rechazó la defensa basada en la necesidad médica aprobada por la Ley de Sustancias Controladas de 1970. En junio de 2005, la Corte determinó que el Congreso puede prohibir el consumo de cannabis incluso en los casos en que los estados aprueben su uso con fines médicos.

Pese a esta situación, aparecieron dispensarios de marihuana medicinal y clubes de compradores de cannabis. A fuerza de prueba y error se fue creando un “mercado gris” estable, similar a los cafés en los Países Bajos. Quienes

se dedican a cultivar y vender cannabis evitan problemas absteniéndose de hacer publicidad, cuidándose de no vender a menores de edad y abriendo solo una tienda. Lo cierto es que hoy, en California, prácticamente cualquier persona que argumente ante un médico bien predispuesto que si fumara marihuana sentiría menos molestias puede obtener la droga como tratamiento. El modelo de California, más allá de las diferencias entre los condados y las ciudades, es una especie de legalización *de facto* en un contexto legal gris. Hoy, más de 200.000 californianos tienen una carta de su médico que les da derecho a adquirir cannabis y existen cientos de dispensarios que lo venden. Incluso hay máquinas expendedoras de marihuana que solo pueden utilizar las personas a quienes se les recetó la droga por motivos médicos. El paciente entrega la receta, se le toma una foto y las huellas digitales, y esto le permite acceder a la droga. Aunque el cannabis que se vende en los dispensarios es solo una pequeña fracción del total del mercado de California, el precio mayorista bajó a la mitad desde su legalización para uso médico.

En suma, la situación en EE.UU. incluye variantes y áreas grises. Es probable que esta ambigüedad se mantenga durante el gobierno de Obama. Aunque el presidente cumplió su promesa de campaña de detener los allanamientos de la DEA en los dispensarios, no parece ansioso por llevar a la práctica una declaración formulada en 2004, cuando afirmó que es necesario volver a considerar la descriminalización de la marihuana. El debate sobre las ventajas de una regularización legal del mercado, sin embargo, se ha endurecido en EE.UU. desde la instalación del nuevo gobierno.

### ■ Conclusiones

Los ejemplos de los Países Bajos y California demuestran que es posible desarrollar regímenes alternativos de fiscalización del cannabis incluso dentro del marco prohibitivo de la ONU. Debido a las disposiciones de las convenciones internacionales en materia de cultivo y suministro de cannabis, estos modelos terminan conformando un área legal gris, en la cual el consumo es aceptado pero el cultivo y el suministro quedan en manos de las organizaciones delictivas. Esto define la paradoja holandesa: la legalización *de facto* del consumo de cannabis sin disposiciones legales que regulen su suministro. El modelo californiano aborda esa ambigüedad regulando el suministro para una cantidad limitada de consumidores de cannabis medicinal. Sin embargo, no se ocupa de la situación de los consumidores recreativos, que constituyen una mayoría.

La JIFE cree que algunos regímenes alternativos de control violan las disposiciones internacionales y recordó a los gobiernos que existen mecanismos dentro de la Convención para modificar el alcance del control de estupeficientes y quitar o incluir una determinada droga de una lista. Aunque en la actualidad la JIFE acepta con cierta renuencia algunas medidas de reducción del daño, como el intercambio de agujas o el tratamiento de sustitución con

opiáceos, considera que otras medidas del mismo tipo –incluidos los cafés y salas para consumo de drogas– no cumplen con las convenciones.

En general, las convenciones de fiscalización de estupefacientes de la ONU dificultan la búsqueda de avances en materia de políticas y están llenas de contradicciones. En primer lugar, es necesario solucionar el conflicto entre las convenciones y determinadas prácticas de reducción del daño, como las salas para consumo de drogas. La obligación urgente de frenar la epidemia de sida es un argumento suficiente para eliminar los obstáculos impuestos por normas establecidas hace medio siglo, antes de que existiera este peligro para la salud pública mundial. Del mismo modo, la sanción penal obligatoria por tenencia, venta y cultivo (incluidas las pequeñas cantidades para consumo personal o para la subsistencia familiar) no permite encontrar un mejor equilibrio entre la protección y la represión. Se requiere una mayor flexibilidad para enfrentar la violencia que generan las drogas y la crisis del sistema carcelario. Asimismo, los países que deseen experimentar con la regulación legal del mercado del cannabis –utilizando como guía el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco– deberían tener autorización para hacerlo. Los países que crean que la prohibición total del cannabis es la mejor forma de proteger la salud pública pueden mantener sus políticas actuales, del mismo modo que algunas naciones islámicas siguen prohibiendo el alcohol. Finalmente, se necesita una solución urgente para la cuestión de la hoja de coca que compense la injusticia originada por la negación de su valor en la cultura andina. La hoja de coca y sus usos naturales, como la masticación, deben eliminarse de la Convención Única de 1961.

A 50 años de su puesta en vigencia, es hora de modernizar el sistema y establecer una convención única coherente, que reemplace los actuales tratados. Las convenciones no son sagradas, por el contrario, hoy constituyen instrumentos anacrónicos repletos de contradicciones. Como se señaló en el primer Informe Mundial de Drogas, de 1997: “las leyes, e incluso las Convenciones Internacionales, no están escritas sobre piedra. Pueden modificarse cuando la voluntad democrática o las naciones deseen hacerlo”. El año 2012 –un siglo después de la aprobación del primer tratado internacional de estupefacientes, la Convención del Opio de La Haya de 1912– puede ser un momento oportuno para hacerlo.

Después de las experiencias con la revisión de la UNGASS, sin embargo, ya está claro que abrir el debate sobre una modificación de los tratados no va a ser nada fácil. Mientras tanto, lo importante es seguir con reformas legislativas nacionales usando hasta el máximo los márgenes de maniobra que dejen las convenciones, incluso las contradicciones con obligaciones constitucionales y de derechos humanos.

# LA POLÍTICA DE DROGAS MUNDIAL EN 2010

**Kasia Malinowska-Sempruch**

Magister en Trabajo Social por la Universidad de Pennsylvania, doctoranda en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia (EE.UU.). Es directora del Programa Global de Políticas de Drogas del Open Society Institute, donde entre 1999 y 2007 dirigió el Programa Internacional de Desarrollo de Reducción de Daños. Fue miembro del Panel de Revisión Técnica del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y vicepresidenta del comité directivo del Consejo Internacional de Organizaciones de Servicio en Sida. Trabajó en el Programa de Sida y Desarrollo del Programa de la ONU para el Desarrollo.

Quisiera presentar el contexto global en donde América Latina se inserta, y voy a comenzar diciendo que esta es la única conferencia regional del mundo. No hay conferencia regional sobre políticas de drogas en Asia ni en Europa. La Drug Policy Alliance, de los Estados Unidos, ha estado organizando una conferencia nacional que incluye perspectivas internacionales, pero es una iniciativa de un país. América Latina está, por lo que parece, al frente de este movimiento global, que es un movimiento sobre políticas de drogas.

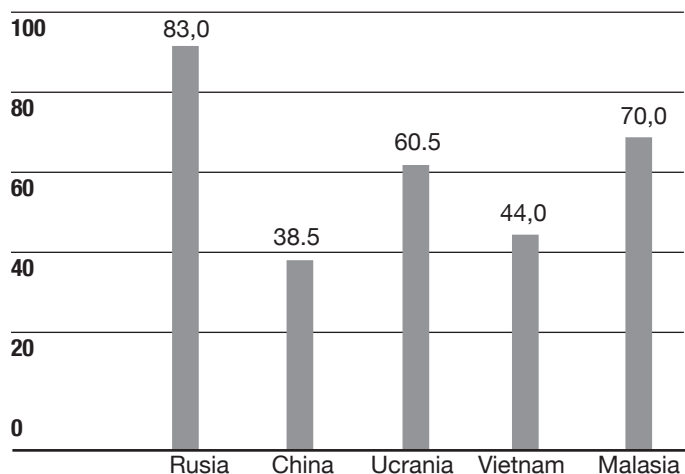
Voy a abordar tres temas en mi presentación. En primer lugar, voy a referirme a cómo las políticas de drogas están deteriorando la salud pública. Un claro ejemplo es el aumento de las tasas de VIH, la falta de acceso a tratamientos farmacológicos y a los paliativos del dolor. En segundo lugar, quiero dar una breve visión sobre la situación en distintas regiones, para comparar con América Latina y, por último, algunas sugerencias sobre cómo seguir avanzando.

## ■ Políticas de drogas y salud pública

Si miramos la epidemia de VIH entre los usuarios de drogas veremos cómo las políticas de drogas están deteriorando la salud pública. El Gráfico 1 nos muestra el porcentaje de infecciones por VIH atribuidas al uso de drogas inyectables en Rusia, China, Ucrania, Vietnam y Malasia. En Rusia, el 83% de

**Gráfico 1**

**Porcentaje de UDI sobre el total de casos informados de VIH en Rusia, China, Ucrania, Vietnam y Malasia**



Fuente: Wolfe, Carrieri y Shepard (2010).

las personas infectadas por VIH son usuarios de drogas inyectables (UDI); en los otros países, los números son ligeramente menos dramáticos.

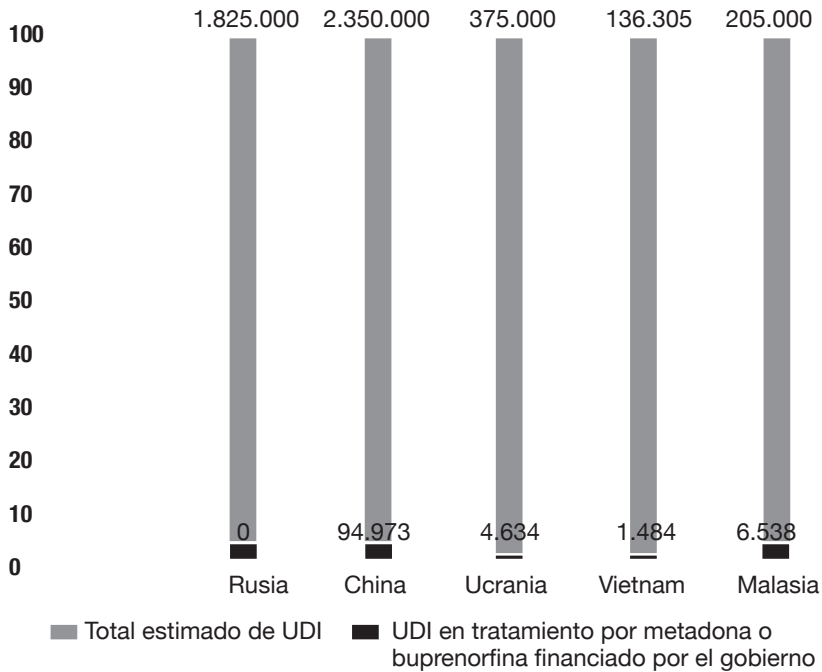
Entonces, cuando hablamos de malas políticas de drogas, no es solo sobre justicia criminal y encarcelamiento de personas: también se trasladan en desastrosas políticas de salud pública. Esto crea situaciones en las que, aunque haya un crecimiento en políticas de salud y fondos internacionales provenientes por ejemplo, del Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, hay todavía personas que no tienen acceso a servicios básicos de salud, porque afuera del lugar donde funciona el programa de intercambio de jeringas hay un policía esperando, lo que genera miedo en las personas para acceder a los servicios que están disponibles para ellos.

Otro aspecto es la disponibilidad de los tratamientos más efectivos para los opiáceos, que son los tratamientos de sustitución, el tratamiento con metadona. En el Gráfico 2, vemos los mismos países. En Rusia, donde la disponibilidad es cero, hay una enorme epidemia de VIH entre los usuarios de opio; si las personas quieren empezar el tratamiento que se utiliza en Europa del Este o en los Estados Unidos, no está disponible. China está haciendo que los tratamientos por sustitución estén disponibles para los usuarios de drogas, pero a una muy pequeña escala. En Ucrania, Vietnam, Malasia, la misma historia: los tratamientos de sustitución por opiáceos están disponibles para menos del 2% de los UDI.

¿Por qué esto tiene que ver con las políticas de drogas? Si estamos obsesionados con que la abstinencia es la única meta global, significa que la metado-

**Gráfico 2**

**Porcentaje de UDI en tratamiento por metadona o buprenorfina en Rusia, China, Ucrania, Vietnam y Malasia**

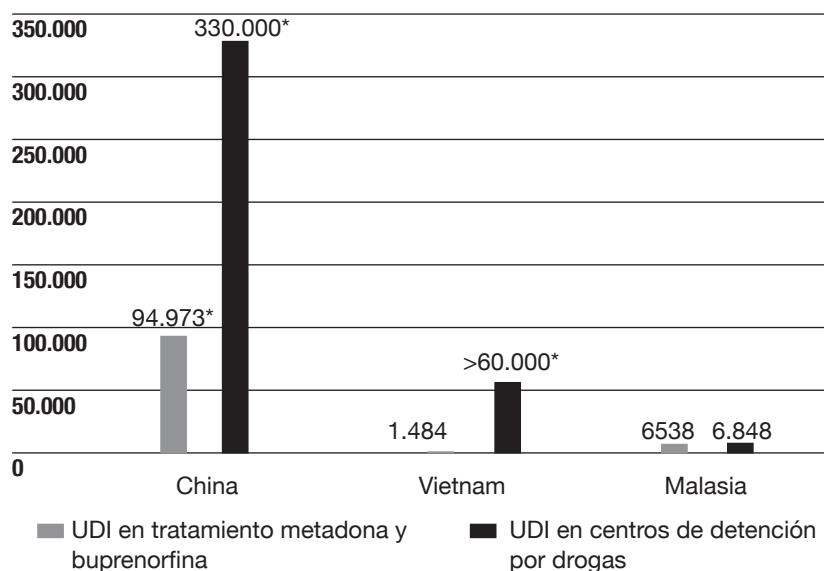


Fuente: Wolfe, Carrieri y Shepard (2010).

na, que es opio sintético, no es un tratamiento deseable, porque no permite a las personas liberarse de las drogas. No es importante que les permita a las personas volver a su trabajo o a las escuelas, ninguna de esas cosas es importante. Lo único importante es que no se mantienen en abstinencia. Y es por eso que hay tan poca disponibilidad de metadona en tantos países.

El Gráfico 3 muestra cómo gastan su dinero China, Vietnam y Malasia. El número de personas en tratamientos con metadona y buprenorfina es significativamente menor que el de personas en centros de detención, en particular en China. Entonces, tenemos un gran número de usuarios de opio y un resultado increíblemente efectivo en los tratamientos de sustitución, pero no permitimos que sean accesibles. Muchas personas que quieren ser tratadas están siendo expuestas, en el mejor de los casos, a tratamientos inefectivos, que no están basados en evidencias concretas, pagados por los gobiernos con dinero que proviene de los impuestos, y en el peor de los escenarios, terminan en sistemas extrajudiciales que los hacen trabajar, cantar, rezar, les dan comida de mala calidad, los torturan en nombre del tratamiento contra las drogas.

**Gráfico 3**  
**UDI en tratamiento con metadona y en centros de detención financiados por los gobiernos en China, Vietnam y Malasia**



\* 2008

Fuente: Wolfe, Carrieri y Shepard (2010).

Otra consecuencia de las políticas de drogas basadas en la abstinencia es el déficit de analgésicos opioides. Actualmente, la situación que tenemos es que la mayoría de las personas que necesitan medicinas basadas en opio no están pudiendo acceder a ellas. Estamos dejando que las personas mueran sufriendo grandes dolores, cuando podríamos prevenirlos. ¿Por qué? Porque tenemos miedo de que se hagan adictos a esos medicamentos. Si a alguien le quedan seis meses de vida y su médico no le prescribe medicamentos opiáceos porque no quiere que se convierta en adicto, el paciente tendrá una muerte dolorosa, ¿es esto lógico?

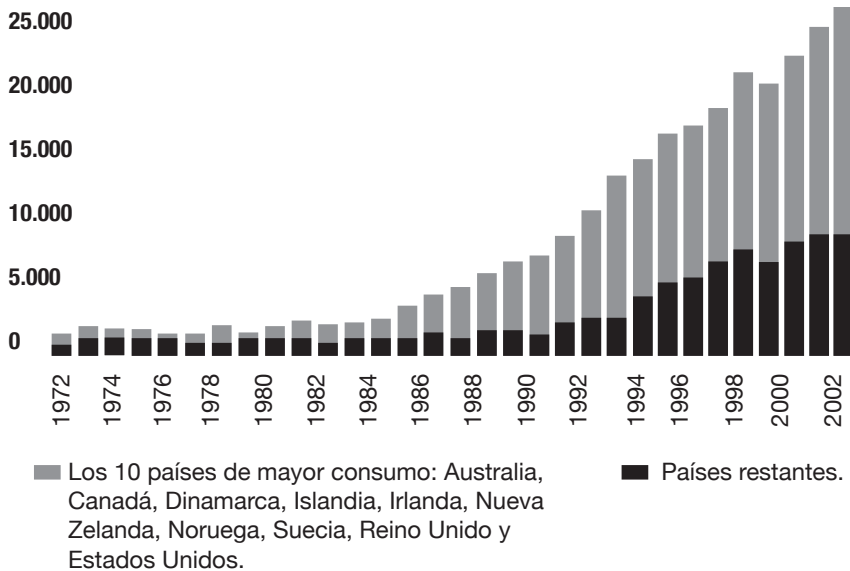
Entonces, pensemos nuevamente las diversas maneras en que las políticas de drogas afectan la calidad de vida. El opio fue una de las primeras medicinas conocidas por el hombre y todavía la mayoría de la población mundial no tiene acceso a ella. No son costosas, son efectivas, pero están tan controladas que son casi inaccesibles en la mayoría de países. Pensemos que alrededor del 12% de las personas del mundo morirán de cáncer, en tanto que el 80% de las personas no tienen acceso a analgésicos, en particular en los países en desarrollo.

El Grafico 4 muestra el consumo mundial de morfina. Es cierto que el número de personas que usan esta droga ha ido aumentando, pero esto es prin-

principalmente en diez países, que son los principales consumidores de analgésicos. El resto, incluyendo pequeños niños a los que se les podría dar morfina, está sufriendo dolores innecesarios. ¿Por qué? Porque estamos obsesionados con el control de medicinas a base de opio.

Me referiré ahora a dos historias muy movilizadoras. La primera es de Asia: un usuario de drogas VIH positivo, que es un ex usuario de drogas que ha estado “limpio”, sin usar drogas, y ha contribuido a la sociedad, se encuentra ahora bajo terribles dolores. Como tiene una historia relacionada con las drogas, su médico ni siquiera considera la posibilidad de prescribirle analgésicos. Entonces su padre, arriesgándose a ir a prisión, está comprando opiáceos en la calle, porque no puede ver a su hijo muriendo y sufriendo en su propia casa debido a que los médicos decidieron que no es merecedor de la

**Gráfico 4**  
**Consumo mundial de morfina entre 1972 y 2002**



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

medicina. La otra historia es de América Latina. Al reconocer el gran sufrimiento en que estaba un paciente se llevó morfina a su casa y la familia impidió que la tomara, porque estaba aterrada por una potencial dependencia. El final de la historia es que el paciente se suicidó.

Estas no son historias individuales dramáticas inventadas para un guión de telenovela: son historias de personas reales que están siendo afectadas por terribles políticas de drogas.



## ■ La situación en distintas regiones

Veamos un rápido panorama de la situación en distintas regiones del mundo. En África, el consumo de drogas está aumentando pero no hay información confiable. Allí, generalmente las leyes sobre drogas son extremadamente punitivas: nueve países tienen pena de muerte por cultivo y venta de drogas. Se verifica un aumento del uso de heroína en Kenia, Tanzania, Sudáfrica, Nigeria y ese aumento es acompañado por un fuerte descenso de los precios. Aproximadamente, el 42% de las personas dependientes de drogas en Tanzania están infectadas con VIH. El tipo de explosión de la epidemia de VIH entre usuarios de drogas que hemos visto en Rusia y en otras partes del mundo está lentamente arrastrándose hacia África, y si se piensa en la ya horrible epidemia de VIH en este continente, las predicciones no son para nada buenas.

Kenia está en proceso de repensar sus políticas sobre drogas e introducir políticas de reducción de daños, al igual que Zanzíbar. La pequeña isla Mauricio tiene el mayor uso de opiáceos *per cápita*, el Fondo Mundial está financiando programas de intercambio de jeringas, y de metadona.

El problema final que vemos ahora en África es que, desde que el tráfico de drogas es un problema en ascenso, los países y los gobiernos tienen la casi instintiva reacción de aumentar la penalización. Si uno mira lo que pasó en Guinea-Bissau y en otros estados, que lentamente se están convirtiendo en realidades relacionadas con el tráfico de drogas, vemos que se está haciendo lo que muchos países de América Latina han hecho y que hemos aprendido que no ha funcionado.

En Asia, el uso de drogas está altamente criminalizado, muchos estados mantienen la pena de muerte; entre los más activos se incluyen China, Singapur, Malasia y Vietnam. Usualmente los tratamientos de drogas son una forma extrajudicial de detención, como por ejemplo, los campamentos de trabajo forzado. Como vimos anteriormente, las tasas de infección por VIH son altas entre los usuarios de drogas.

Con respecto a Europa Oriental y Asia Central, es decir la ex Unión Soviética, 1,7 millones de personas están viviendo con VIH y el 70% de esas infecciones son atribuidas al uso de drogas inyectables.

En Europa tenemos un mosaico de políticas de drogas: algunos países se están moviendo hacia adelante y en otros nada está cambiando. Portugal y la República Checa han abrazado la descriminalización. En este último, desde 1993, la posesión para uso personal no es una ofensa criminal; se pueden cultivar hasta 5 plantas de cannabis, tener una gran cantidad para uso personal y no ser perseguido. Por el contrario, en Polonia, la posesión para uso personal se criminalizó hace diez años. No debería ser un dato menor que en la República Checa la tasa de infección por VIH en UDI era de menos del 0,1% en 2003, mientras que en la vecina Polonia ascendía al 30%. Tenemos ejemplos

positivos, como Suiza, Alemania y Dinamarca, que tienen tratamientos de heroína a gran escala. Lamentablemente, el Reino Unido está mostrando signos de retraso: han reclasificado el cannabis y quieren hacer menos accesibles los tratamientos por sustitución.

En Europa, la discusión sobre las políticas de drogas es muy burocrática y contenida. Son pocas las personas que se comprometen en una discusión intereuropea, se comprometen solo en sus propios países.

Solo una palabra sobre Afganistán: han sido poco exitosos los intentos para controlar la producción de opio. Lo que es problemático sobre este país es que actualmente Rusia trabaja de manera muy activa en convencer a la comunidad internacional de que el apoyo de los Estados Unidos a Latinoamérica, como el Plan Colombia, es un ejemplo fabuloso de esfuerzos orientados a la erradicación de drogas y que debe ser repetido en Afganistán.

Entonces, ¿adónde nos lleva la discusión? Todavía no lo sabemos, pero creo que podemos ver que lo que ha pasado en Latinoamérica no puede ser considerado un éxito; es no solo dinero que ha sido malgastado, sino que además ha causado mucha miseria en la región. En relación con los Estados Unidos, voy a mencionar algunos puntos que considero importantes a nivel internacional.

La administración de Barack Obama ha realizado algunos cambios positivos desde su asunción. Uno de ellos es haber levantado la prohibición de fondos federales para programas de intercambio de jeringas; por supuesto esto se está festejando en ese país pero, además, también es positivo internacionalmente. Por otra parte, en las discusiones en la ONU, Estados Unidos está más abierto y comprometido al diálogo, y, basados en evidencia, reconoció por primera vez la necesidad de expandir el acceso a tratamientos.

Finalmente, Latinoamérica. Las reformas políticas que se están sucediendo son prometedoras, y es realmente importante que sean documentadas y usadas internacionalmente. Es realmente importante cuando se discute en la Comisión de Estupefacientes, en Viena, que no sean solamente Europa o Australia los que estén del lado de políticas de drogas racionales. Para que las políticas de drogas avancen de manera internacional es realmente necesario escuchar la voz del Sur. Y es por esa razón que necesitamos que los latinoamericanos se comprometan internacionalmente y compartan sus historias. Pero también tenemos el lado menos positivo de la región: México y la terrible violencia que venimos escuchando; Colombia y la criminalización de la dosis personal.

### ■ ¿Cómo seguir avanzando?

En términos de la discusión global sobre políticas de drogas, ha sido crucial la conformación de la coalición de 26 países en apoyo a la reducción de daños,

que se hizo conocida en Viena.<sup>1</sup> Lamentablemente, la mayoría de estos 26 países son del Norte, necesitamos que se unan otros 26 países del Sur. Si bien la reducción de daños no fue mencionada en la declaración final, está claro que se ha roto el consenso de Viena. Y aunque no hemos todavía logrado todo lo que queremos en el ámbito de la ONU, los medios de comunicación están claramente de nuestro lado; solo en la prensa de habla inglesa se publicaron 296 artículos a favor nuestro. Por lo que creo que trabajar con los medios y transmitir con claridad nuestras experiencias es muy importante.

Para finalizar, quiero decir que en Latinoamérica hay un gran potencial para avanzar en mejores políticas de drogas globales. Latinoamérica es el lugar en donde tres ex presidentes se han juntado –Fernando Cardoso, César Gaviria y Ernesto Zedillo– y han dicho que algo no está funcionando. En Latinoamérica, Brasil fue el primer país en decir que no es aceptable que sus ciudadanos se estén muriendo de sida cuando hay medicación disponible pero es muy cara para comprarla en las farmacias, y por esa razón empezó a producirla. Dos cosas realmente increíbles e inspiradoras.

Río de Janeiro, 26 de agosto de 2010.

### ■ Referencias

Wolfe, D., M. P. Carrieri y D. Shepard (2010): "Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward", en *The Lancet*, vol. 376, is. 9738, pp. 355-366.

<sup>1</sup> N. de la E.: Se refiere a la declaración realizada en el plenario de cierre de la Reunión de Alto Nivel del 52º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes (Viena, marzo de 2009). En dicha declaración, Alemania, Australia, Bulgaria, Chipre, Croacia, Eslovenia, España, el Estado Plurinacional de Bolivia, Estonia, Finlandia, Georgia, Grecia, Hungría, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, los Países Bajos, Polonia, Portugal, el Reino Unido, Rumania, Santa Lucía y Suiza, indicaron que "esos Estados interpretarían que la expresión 'servicios de apoyo conexos' utilizada en la Declaración política y el Plan de Acción abarcaría las medidas que algunos Estados, organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales llamaban 'medidas de reducción del daño'".

# LA POLÍTICA PORTUGUESA EN MATERIA DE DROGAS Y SUS RESULTADOS

**Manuel Cardoso**

Médico consultor en Salud Pública, con posgrado en Medicina Laboral y en Administración de la Salud. Desde 2005 es miembro del consejo directivo del Instituto de Droga y Toxicodependencia de Portugal.

## ■ Contextualización

A fin de contextualizar la presentación, creo necesario recordar que Portugal es un país pequeño, con 10 millones y medio de habitantes y apenas 90.000 kilómetros cuadrados de superficie.

En relación con el problema de las drogas, claramente la principal droga ilícita consumida en Portugal es el cannabis, pero la más problemática es la heroína, en particular por vía inyectable. En 1997-1998, de todos los individuos que buscaban tratamiento, el 96% eran consumidores de heroína y casi el 50% consumían por vía inyectable, de los cuales un porcentaje muy alto compartía el material de inyección. Entre 1998 y 2000, el 56% de los infectados por VIH eran toxicodependientes. Por lo tanto, en esa época el problema del consumo de drogas era considerado el principal problema para los portugueses. Haciendo un rápido recorrido histórico, podemos decir que después de la Revolución de Abril,<sup>1</sup> hubo una evolución significativa del consumo, fundamentalmente de cannabis, y el primer abordaje fue la creación de un gabinete coordinador, primero integrado por seis ministros y enseguida del Ministerio de Justicia. Fue recién en 1987 que el Ministerio de Salud creó la primera institución para curar a los toxicodependientes, que era independiente de todo el sistema de salud; porque en la década de 1980, si bien había

<sup>1</sup> N. de la E.: Refiere al levantamiento militar del 25 de abril de 1974, conocido también como la Revolución de los Claveles, que provocó la caída en Portugal de la dictadura salazarista que dominaba el país desde 1926.

un consultorio para toxicodependientes, al menos en Lisboa en el hospital Santa María, los propios profesionales de la salud no querían hacer la deshabitación física en las instalaciones del hospital. Por lo tanto, el acceso al tratamiento estaba vedado en el área mental y en la desintoxicación, porque los propios profesionales consideraban que eran enfermos demasiado degradados para entrar al hospital. De ahí que el Ministerio de Salud terminó creando una estructura independiente, que se sumó a las estructuras de tratamiento ambulatorio que utilizaba el Ministerio de Justicia desde 1977.

A partir de 1990 hay una modificación y todos los procesos de tratamiento pasan a depender del Ministerio de Salud –así como el Proyecto Vida, del área de prevención, que contrataba proyectos con entidades civiles–, y se mantiene una coordinación nacional todavía en el ámbito del Ministerio de Justicia; en 1999, junto con el Proyecto Vida, se fusionó en lo que se llamó el Instituto Portugués de Droga y Toxidependencia, y su coordinación nacional pasó a la Presidencia del Consejo de Ministros.

Inmediatamente antes de esa fusión, el entonces ministro de la Presidencia del Consejo de Ministros designó una comisión de expertos, que preparó un informe al que se llamó Estrategia: este fue apoyado por el gobierno y pasó a ser la primera estrategia nacional de lucha contra la droga; aún hoy está en vigor, ya que fue aprobada en 1999. En 2000, se aprobó la ley de descriminalización, que entró en vigor en 2001 y, en simultáneo, se aprobó legislación en el ámbito de reducción de daños. Finalmente, en 2002, al Instituto Portugués de Droga y Toxidependencia se le anexaron los servicios de prevención y tratamiento, con lo cual se creó el actual Instituto de Droga y Toxidependencia con todas las funciones de coordinación y desarrollo de varios proyectos.

### ■ Marcos fundamentales y pilares de la estrategia portuguesa

Los marcos fundamentales de esta estrategia son, en primer lugar, la red de tratamiento. El gran objetivo de la estrategia era que todos los toxicodependientes que quisieran tratarse tuvieran acceso al tratamiento. El punto es que no todos los que precisan tratamiento tienen la decisión, la posibilidad, de dirigirse a ese tratamiento. Entonces, a quien no puede nosotros vamos a buscarlo. Es decir, el primer gran marco es acceso al tratamiento para todos los toxicodependientes, sea tratamiento ambulatorio, de deshabitación o en una unidad terapéutica. El segundo marco son las políticas innovadoras, principalmente el intercambio de jeringas, de material de inyección, que comenzó en 1993, y también una red de respuestas integradas y complementarias que abarcan todo el territorio nacional. La descriminalización es otro marco fundamental y, posteriormente, en 2006-2007, la reducción de la demanda, integrada también con intervenciones preventivas, de reducción de daños, de disuasión, de tratamientos y de reinserción.

Los pilares fundamentales de esta política son una estructura de coordinación nacional, una estrategia nacional y una entidad especializada que da respuestas a aquello que fue definido como política por el gobierno. La estrategia nacional de lucha contra la droga, aprobada en 1999, se basa en ocho principios fundamentales; los últimos cuatro que mencionaré son del nuevo plan nacional en vigor hasta 2012.

- 1** Cooperación internacional: en todo el proceso, ya sea de combate al tráfico o de tratamiento, estamos en una relación muy próxima particularmente con España y estamos además integrados en la Unión Europea.
- 2** Prevención: es el primer paso para una intervención; es necesario trabajar en el terreno para que cada vez haya menos consumo.
- 3** Humanismo: porque todos los individuos, independientemente de su condición, son merecedores de nuestros cuidados, tienen derecho a ser cuidados, a ser tratados.
- 4** Pragmatismo: lo importante es cuidar a todos. En tanto los métodos sean científicamente comprobados como eficaces, tendremos que hacer esfuerzos para lograr implementarlos en la sociedad portuguesa.
- 5** Seguridad: porque el delito se asocia al consumo de drogas, en particular para la adquisición de bienes para el consumo, tiene también que ser combatido.
- 6** Coordinación y racionalización de medios.
- 7** Subsidiaridad.
- 8** Participación.
- 9** Centralidad en el ciudadano
- 10** Territorialidad: hay zonas que precisan muchas más intervenciones que otras. Es importante hacer un diagnóstico de las necesidades en una determinada comunidad y orientar la intervención.
- 11** Abordajes integrados: se requiere integrar tratamiento, reducción de daños y prevención, un programa integrado para cada comunidad.
- 12** Mejora de calidad y certificación.

Básicamente, las dos áreas de misión fundamentales en la estrategia son las de reducción de la demanda y de la oferta. Esta, claramente del ámbito policial, junto con la descriminalización, acabó teniendo una relevancia diferente, dejó de preocuparse por el pequeño tráfico y el consumidor y pasó a preocuparse por el gran tráfico. Hoy las confiscaciones de droga son mucho mayores. En el ámbito de reducción de la demanda se realizan intervenciones integradas en cinco áreas: prevención, disuasión, reducción de riesgos y minimización de daños, tratamiento, y reinserción.

Esa interrelación se da en dos planes nacionales, que congregan todas las intervenciones. Uno de ellos es el Plan Operacional de Respuestas Integradas; se basa en la territorialidad, el diagnóstico de las necesidades de una comunidad, la intervención de las diversas áreas en esa comunidad –mediante la evaluación de recursos de las entidades estatales y las organizaciones de la sociedad civil– y, cuando no hay recursos suficientes, abrimos un concurso para que una entidad con capacidad pueda brindar el servicio. A partir de ahí, en cada territorio se crea un programa de respuestas integradas. El otro plan es el Programa de Intervención Focalizada, que tiene que ver con la prevención. Hacemos prevención universal, en términos de promoción de estilos de vida saludable; pero hoy estamos apuntando más a la prevención selectiva dirigida a los grupos vulnerables. En este programa, trabajamos con niños y jóvenes en riesgo, con familias en riesgo.

El Instituto de Droga y Toxicodependencia es la entidad especializada que tiene la coordinación nacional de las respuestas en el área de reducción de la demanda, de la que depende la estructura de tratamiento integrada por una red de servicios distribuidos en todo el país: 22 Centros de Respuestas Integradas (prevención, tratamiento, reinserción y reducción de daños), 45 locales de Atención a Toxicodependientes (existen además otros 32 locales de consulta), 3 Comunidades Terapéuticas, 4 Unidades de Deshabitación y 2 Centros de Día.

### ■ Evaluación

Nuestro Plan Nacional está dividido en dos planes sectoriales, dos planes de acción: 2005-2008 y 2009-2012. Realizamos una evaluación al 2008, que arrojó los siguientes datos:

De 246 acciones previstas, se ejecutaron 210 (86,8%) y 18 (7,4%) en forma parcial; no se ejecutaron 14 (5,8%) y 4 no fueron consideradas. Por lo tanto, en términos del proceso, la mayor parte de las medidas se consiguieron. De los 19 resultados pretendidos, 17 fueron alcanzados y 2 parcialmente alcanzados.

En relación con el impacto, la prevalencia de consumo en el último año en la población de entre 15 y 24 años se redujo de 8,3% en 2001 a 7% en 2007 (Balsa et al., 2008). En términos generales, la experimentación en los consumos en la población de 15 a 64 años aumentó, pero se redujo en la población más joven.

## I Y II CONFERENCIAS LATINOAMERICANAS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

Por otro lado, excepto en la heroína, la tasa de continuidad –que es la medida de aquellos que experimentaron alguna vez en la vida y siguieron haciéndolo en el último año– descendió muchísimo entre 2004 y 2007: en la población general (15 a 64 años), de 44% en 2004 a 31% en 2007; en la joven adulta (15 a 34 años) de 52% a 40%, y en la joven (15 a 24 años) de 67,1% a 45,3% (Balsa *et al.*, 2008).

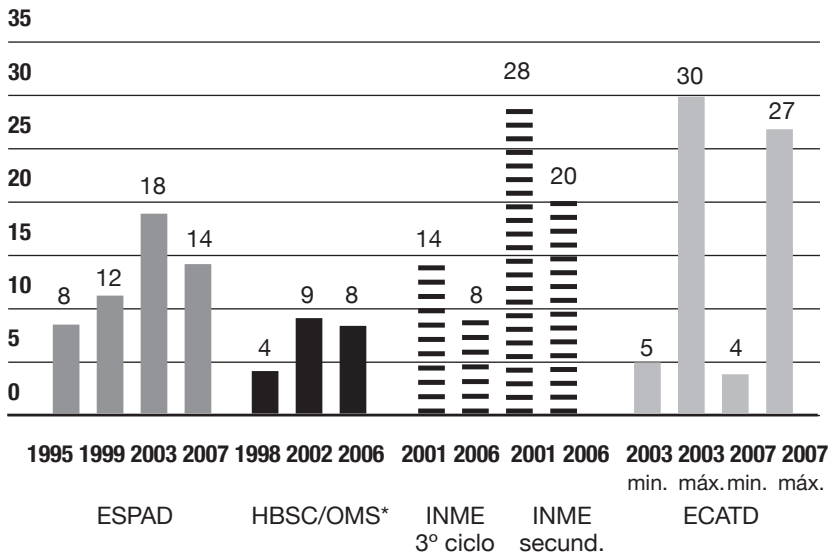
Las encuestas nacionales en el medio escolar (Inquérito Nacional em Meio Escolar, INME) también muestran una reducción en las prevalencias de consumo en el 3er. ciclo y el secundario: esta fue, respectivamente, del 14,2% y el 27,9% en 2001 a 8,4% y 19,9% en 2007 (Feijão, 2009), como se puede observar en el Gráfico 1, que compara varios estudios, entre otros el ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) que se hace en toda Europa, y el ECATD (Estudio sobre el Consumo de Alcohol, Tabaco y Droga).

En relación con la práctica de consumo endovenoso, en 1997-1998 ascendía a casi el 45% de los que consumían heroína y hoy está en el 14%, como muestra el Gráfico 2. La proporción de notificaciones de casos de infección por VIH en toxicodependientes pasó de 34,2%, en 2004, a 21,6%, en 2007.

Para finalizar, una breve referencia a las Comisiones para la Disuasión de la Toxicodependencia, compuestas por un equipo multidisciplinario de psicólo-

**Gráfico 1**

**Población escolar. Prevalencias de consumo en la vida de cualquier droga, 1995-2007 (%)**

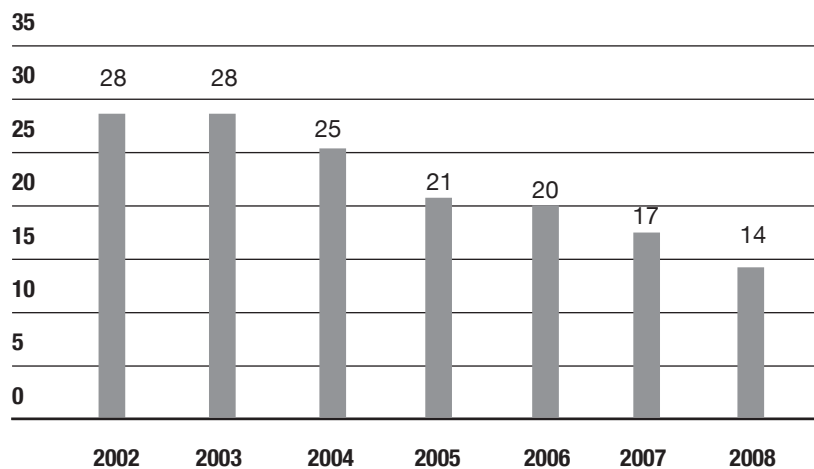


\*Prevalencias de vida de cannabis.



**Gráfico 2**

**Consumo endovenoso en los 30 días anteriores a la primera consulta. Nuevos usuarios en tratamiento. Red pública, 2002-2008 (%)**



gos, trabajadores sociales, abogados y personal administrativo. Con su creación, a partir de 2001 los consumidores ocasionales y recreativos y los toxicodependientes aumentaron su demanda a la red pública de tratamiento, ya que posibilitaron identificar y encaminar consumidores y toxicodependientes hacia otros servicios, previniendo la exclusión social, la marginalización y el estigma social. Esto es posible por el funcionamiento en red de la administración pública.

Rio de Janeiro, 26 de agosto de 2010.

### ■ Referencias

- Balsa C., C. Vital, C. Urbano y L. Pasqueiro (2008): *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psico-activas na população portuguesa 2007*. Lisboa: IIDT.
- Feijão, F. (2009): *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga. Portugal, 2007. Síntese de resultados*. Lisbon: IDT.
- Greenwald, Glenn (2009): *Drug decriminalization in Portugal. Lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington: Cato Institute.

# BUENAS Y MALAS NOTICIAS EN EL DEBATE SOBRE DROGAS

**Ethan Nadelmann**

Licenciado y doctor por la Universidad de Harvard (EE.UU.), magister en Relaciones Internacionales por la London School of Economics (Inglaterra). Fue profesor de ciencia política y asuntos públicos en la Universidad de Princeton desde 1987 hasta 1994. Ese año fundó el Lindesmith Center, un instituto de política de drogas que, en 2000, se fusionó con otra organización para formar la Drug Policy Alliance –la principal organización en los Estados Unidos que promueve alternativas a la “guerra contra las drogas”– de la cual es director ejecutivo.

El gobierno de los Estados Unidos ha sido, durante los últimos cien años, el promotor y el ejecutor principal en la creación de un régimen global de prohibición de las drogas. Ha promovido sistemáticamente, tanto en las relaciones bilaterales como en las relaciones multilaterales, en la vieja Liga de las Naciones y en la ONU, en la Organización de los Estados Americanos y en los países del sur de Asia, en países africanos y en la OMS, una política esencialmente represiva respecto de algunas drogas. Ha promovido la criminalización y la expansión del uso del sistema penal. Organizaciones como la DEA (Drug Enforcement Administration) han entrenado a agentes de policía probablemente en más de cien países en la aplicación de leyes sobre drogas. Quizá mi gobierno no estuvo públicamente al frente de las convenciones de 1961, 1971 y 1988, pero promovió, apoyó y diseñó las estructuras básicas. Por todo esto, pido disculpas. Esto no fue bueno para el mundo, no fue bueno para el orden civil ni para millones, cientos de millones de personas que usan drogas; tampoco fue bueno para la mayoría de las personas alrededor del mundo que no tienen interés en usar drogas, tanto legales como ilegales. La enorme mayoría de la población mundial no se benefició de este régimen global represivo de prohibición.

Nos tomó cuatro o cinco generaciones para llegar, al final del siglo XX, al punto de tener casi nueve millones de personas encarceladas en todo el mundo, de las que el 25% están encarcelados por violaciones a las leyes de drogas. La guerra contra las drogas está causando caos. Quizás el siglo XXI, sea el siglo en el que evolucionemos hacia un régimen de control de drogas

que descansa menos en la criminalización y en el sistema penal, y que proteja la salud y la seguridad pública.

Mis esfuerzos, en los Estados Unidos y alrededor del mundo, son promover políticas diferentes sobre drogas teniendo en mente dos objetivos. Primero, queremos reducir los daños causados por las drogas: la adicción, las enfermedades, la hepatitis, el VIH, el sufrimiento, el dolor. Segundo, queremos reducir los daños de nuestras políticas prohibicionistas: el crimen, la violencia, la corrupción, la superpoblación en las cárceles, la violación de los derechos humanos y de las libertades civiles, la degradación ambiental y el creciente poder de las organizaciones criminales. Siempre buscamos reducir ambas consecuencias: el daño que causan las drogas y el daño que causan las políticas prohibicionistas.

Las mejores políticas de drogas son las que reducen efectivamente ambos daños, el de las drogas y el de las políticas prohibicionistas. ¿Cómo son estas políticas? Dependen de la droga, del ambiente, del lugar donde se vive y del contexto. Yo creo que, con respecto a la marihuana, al cannabis, la mejor política de reducción de daños sería la regulación, los impuestos y el control legal. Esta no es una política perfecta: la regulación legal del cannabis es una política que también puede producir daños, que presenta el riesgo de que más personas consuman y de que el cannabis sea más aceptado. Pero el beneficio neto de sacar la marihuana del sistema criminal, de sacarla del mercado negro, de regularla con controles, tiene argumentos a favor mucho más fuertes que argumentos en contra.

Este es un ambiente problemático. Quiero contarles sobre Barack Obama. Yo quiero a Obama. Pienso que es un presidente magnífico, y por supuesto que no es perfecto, porque ningún hombre puede ser perfecto. Me gustaría que fuera tan popular en los Estados Unidos como lo es Luiz Inácio Lula da Silva en Brasil, porque pienso que él se merece eso. Los ocho años de liderazgo del presidente George Bush, del vicepresidente Richard Cheney y del Congreso Republicano han resultado en la mayor pérdida de poder, prestigio y respeto hacia mi país de los 220 años de nuestra historia. Obama tiene muchas cosas que arreglar en un mundo que cada día es más complejo.

Con respecto a las drogas, su historia está mezclada. Las buenas noticias son en su mayoría para la gente que vive en los Estados Unidos. Las no tan buenas, para aquellos que viven en Latinoamérica. Las buenas noticias son que Obama se está moviendo en una dirección nueva en la política de drogas. Y tiene el apoyo del Congreso Demócrata. El Congreso de los Estados Unidos ahora tiene el liderazgo de los demócratas y ojalá que lo siga teniendo después de las elecciones en noviembre.<sup>1</sup> Pero, cuando se trata de cambiar

<sup>1</sup> N. de la E.: Las elecciones legislativas que tuvieron lugar el 2 de noviembre de 2010, dieron como resultado la pérdida de la mayoría demócrata en el Congreso de los Estados Unidos.

una política que tiene una historia de 100 años, es como tratar de dar vuelta un trasatlántico. Señalas la nueva dirección, pero puede tomar mucho tiempo moverse en esa nueva dirección.

Las buenas noticias, con respecto a promesas específicas que hizo durante su campaña, es que está haciendo lo que dijo que iba a hacer. Dijo que apoyaría que el gobierno federal financie programas de intercambio de jeringas para reducir la transmisión del VIH/sida. Parece mentira que los Estados Unidos éramos, hasta el año pasado, el único país entre los más industrializados que no financiaba el intercambio de jeringas con fondos federales. Ahora, el Congreso cambió la ley y él la ha firmado. Dijo que la marihuana puede ser una medicina legal y que si los Estados quieren legalizar la marihuana con fines médicos, el gobierno federal no debería intervenir. Y en 2009, Obama anunció una política nueva: hoy en día en 14 estados estadounidenses y en la capital, Washington DC, la marihuana es legal para usos medicinales y el gobierno federal no interviene. El próximo año, cuando visiten Washington DC, si lo hacen, y visiten el Capitolio y la Casa Blanca, por favor caminen un poco más y visiten el nuevo dispensario de marihuana medicinal que existirá en nuestra capital. Obama también dijo que reduciría los castigos muy severos para el crack. En los Estados Unidos, el castigo por el equivalente de dos sobrecitos de azúcar de crack es de 5 años de prisión. El 80% de las personas procesadas por crack son negros, afroamericanos, aunque los negros no representan la mayoría de las personas que usan crack. Los negros son alrededor del 13% de la población en los Estados Unidos, y alrededor del 25%, quizás el 30%, de los usuarios y vendedores de crack. Nada parecido al 80%. Y hace dos semanas, Obama firmó una ley para reducir estas penas.

Por otro lado, todavía la mayor parte de los fondos federales paga el encarcelamiento, las prisiones, la policía, los programas de interdicción internacionales, la mayoría de los cuales no han tenido ningún efecto. El dinero para los tratamientos, la prevención, las alternativas para los jóvenes, representa la minoría de estos fondos. Se puede ver la evidencia que viene de Europa y Canadá de los programas innovadores de reducción de daños: la prescripción farmacéutica de heroína para los adictos, los centros de inyección supervisada y otros programas de reducción de daños, que tienen mucho éxito. La evidencia publicada en importantes revistas médicas y científicas dice que estos programas han reducido la enfermedad, las muertes, la adicción, el delito, la sobredosis, todo esto sin aumentar el uso de drogas. Pero en los Estados Unidos no tenemos todavía un debate serio sobre este tema. Es hora de que ustedes, acá en Brasil y en Latinoamérica, salten por encima de mi país y comiencen una discusión seria también. Desafortunadamente, nuestro zar de las drogas, Gil Kerlikowske, un buen hombre, que es un ex capitán de la policía de Seattle, Washington, sigue diciendo cosas sobre la marihuana que dan ganas de llorar. Tonterías, como nuestra experiencia en los años de 1930 con las historias histéricas sobre la marihuana. Nos merecemos un debate más serio.

El cambio se está dando y también la población en nuestras prisiones. Los Estados Unidos, mi país, tienen menos del 5% de la población mundial; sin embargo, tenemos el 25% de la población mundial encarcelada. En Brasil, son aproximadamente 180 millones de personas y nosotros somos 300 millones, nuestra población es 60% más grande. En Brasil tienen 500.000 personas encarceladas y nosotros tenemos 2,3 millones, es el 360% más de la población carcelaria que tienen ustedes. En los Estados Unidos, encerramos en la cárcel por violar una ley de drogas casi el mismo número de personas que en Brasil se encarcela por todos los delitos. Por eso, no piensen que los Estados Unidos son un modelo. Pero el año pasado, por primera vez en treinta años, el número de personas encarceladas bajó. ¿Por qué? Me gustaría pensar que fue por los esfuerzos de mi organización y otras organizaciones no gubernamentales, que hemos difundido hechos e información, e hicimos lobby con los legisladores en el Congreso; creo que todo eso hizo una diferencia. Pero la razón número uno fue que los gobiernos ahora no tienen dinero. La recesión económica, las terribles condiciones económicas, el déficit del presupuesto para los gobiernos de los estados está forzando a los políticos a pensar más seria y pragmáticamente cómo manejar los problemas relacionados con las drogas.

Y cada vez más, no solo los liberales sino también los conservadores, se están dando cuenta de que encarcelar un gran número de gente por delitos no violentos relacionados con drogas, no es un uso eficiente del dinero de los contribuyentes. Algunos cambios se están viendo.

La otra buena noticia se relaciona con el movimiento internacional de reducción de daños. En las reuniones en Viena, en Ginebra, los Estados Unidos están diciendo algunas cosas diferentes: están diciendo sí al intercambio de jeringas, sí a la metadona, están empezando a decir sí a la reducción de daños; están empezando a estar de acuerdo en que la evidencia y la ciencia deben jugar un rol más importante. Esas son las buenas noticias. Por primera vez en cien años, los Estados Unidos no son el campeón mundial en medidas punitivas y políticas prohibicionistas. Le hemos entregado ese bastón a Rusia. Ahora Rusia será el campeón en medidas punitivas y políticas prohibicionistas. Ahora cada vez más Rusia dice: "Hemos elegido que gente muera, inclusive en nuestro país, porque tenemos una creencia religiosa en contra de la metadona". Los rusos ven a la metadona de la misma manera que los judíos y los musulmanes religiosos ven al cerdo. No es una apreciación científica, es una apreciación religiosa.

Las malas noticias para Latinoamérica son que no creo que haya mucha diferencia. Cuando los presidentes Fernando Henrique Cardoso, César Gaviria y Ernesto Zedillo se reunieron con otros 16 líderes en la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, el gobierno de los Estados Unidos no tuvo una respuesta. El mes pasado, en la Conferencia Internacional de Sida en Viena, se emitió la Declaración de Viena, que fue firmada por los mismos presidentes y por científicos y otros líderes de todo el mundo. Solo un líder del gobierno de

los Estados Unidos dijo: “Bueno, me gusta esta idea”, pero nadie más dijo una palabra. Cuando hace dos semanas, el presidente Felipe Calderón, de México, dijo: “Estoy de acuerdo, no tengo una solución para nuestros problemas en México, quizás es tiempo para un debate sobre la legalización. No apoyo eso pero, como mínimo, es tiempo para un debate”. Algunos días después de esto, su predecesor, Vicente Fox, dijo: “Ahora pienso que tenemos que movernos en esa dirección”. ¿Y qué dijo nuestro zar de drogas? “La palabra legalización, incluso para la marihuana, no está en mi vocabulario”. Parte de nuestro trabajo es educarlos, hacer que este debate sea parte de su vocabulario.

Y recuerden, hay una gran diferencia entre abogar por la legalización y decir que esta es la respuesta, que esta es la solución. Abogar implica que todas las opciones se pongan sobre la mesa, que todas las alternativas a las fallidas políticas actuales sean consideradas. En mi país, si tratamos de entender qué debemos hacer sobre Iraq o Afganistán, sobre los problemas económicos o del medio ambiente, con nuestro sistema de salud, por lo menos todas las opciones son discutidas, incluso las que todos sabemos que no son políticamente posibles. Porque la gente entiende que cuando todas las opciones están sobre la mesa, eso ayuda a clarificar nuestro pensamiento. No sabemos si la regulación legal de las drogas será la mejor respuesta. Pero, cuando por lo menos se empiezan a tener conversaciones serias sobre lo que significaría, cómo sería, ello ayuda a aguzar nuestro pensamiento. Ayuda a distinguir entre los daños producidos por el uso de las drogas y los provocados por las políticas de drogas. Ayuda a hacerse la pregunta: ¿a qué le tenemos miedo? Nos fuerza a preguntarnos ¿por qué hicimos esas leyes de prohibición?, ¿de dónde salieron? No están en la *Biblia*, no están en el *Código de Hammurabi*, ¿de dónde salieron estas leyes? En mi país, mayormente salieron de la discriminación hacia las personas con piel más oscura. Nuestras primeras leyes para hacer ilegal el opio fueron contra los inmigrantes chinos. Nuestras primeras leyes para hacer ilegal la marihuana fueron contra los inmigrantes mexicanos. Nuestras primeras leyes para hacer ilegal la cocaína fueron contra los negros, en el Sur. Quizás ustedes tienen estas leyes prohibicionistas porque alguna vez, hace mucho tiempo, mi gobierno triunfó en persuadir a sus gobiernos de hacer lo que mi gobierno hace. Pero el debate debe abrirse.

¿Por qué es tan significativo el informe que Cardoso, Gaviria, Zedillo y otros firmaron? Porque fue la primera comisión de alto nivel en usar la palabra prohibición. No usaron la palabra legalización, fue el primer informe de alto nivel en recomendar la descriminalización del cannabis aunque es algo impreciso sobre lo que quiere decir con legalización. Apoyó la reducción de daños y dijo que tenemos que romper el tabú y considerar de manera honesta y abierta todas las opciones. Por eso fue tan importante. Espero que de verdad haya un seguimiento de este informe de la Comisión, para que este esfuerzo pueda expandirse por Latinoamérica. Hoy Latinoamérica está al frente, lidera el debate mundial sobre cómo manejar las políticas de drogas.

Europa lideró en las décadas de 1970, 1980 y 1990, y también hoy en día en la reducción de daños, con Canadá y Australia; Asia está empezando a abrirse a la reducción de daños por temor al sida.

Mi país está cambiando, y pronto, en noviembre, vamos a votar si se legaliza la marihuana en California.<sup>2</sup> Espero que gane, aunque no me siento muy optimista. Pero ustedes, en Latinoamérica, están al frente del debate. Lo último que quiero decir se refiere específicamente a Brasil, donde había estado también el año pasado. Todo el mundo está hablando sobre la pacificación de las favelas, la caída del crimen en las favelas. Estas son muy buenas noticias, espero que la pacificación pueda extenderse a otras favelas y tener éxito en Rio y en el resto de Brasil y que se replique en barrios, villas y guetos alrededor del mundo. Pero tenemos que aprovechar la oportunidad. Porque recuerdo cuando los Estados Unidos invadieron Afganistán y los talibanes desaparecieron, la gente decía que la paz y la prosperidad habían llegado a Afganistán. Y ahora los talibanes se reagruparon y tienen más poder.

El año pasado, Luis Astorga y yo fuimos a Ciudad Juárez, en México, y estuvimos en una reunión donde estaban un millar de los líderes de Juárez escuchando un discurso de Sergio Fajardo, ex alcalde de Medellín, que tenía la intención de inspirar a los ciudadanos de Ciudad Juárez. Fajardo dijo que Medellín, hace 15 años, era como la actual Ciudad Juárez y mostró una manera de reducir la violencia en un 90%. Pero he oído que la violencia en Medellín está regresando. Entonces, si el éxito de la estrategia de pacificación en las favelas se vuelve significativo y perdura, hay que pensar de manera creativa y sistemática qué hacer con la persistencia de los mercados de drogas. La violencia ha amainado ahora, pero los mercados continúan. Mientras estos sean ilegales, mientras los mercados no estén regulados, mientras el control esté en manos de los criminales, mientras los criminales sean ambiciosos, mientras los criminales no tengan un lugar legal donde resolver sus disputas, la tentación y la posibilidad de violencia persisten. Entonces, aprovechen esta oportunidad, abran el debate, tomen el liderazgo y no digan que no se puede cambiar hasta que los Estados Unidos cambien. Tienen que mostrarles a los Estados Unidos cómo cambiar.

Río de Janeiro, 27 de agosto de 2010.

<sup>2</sup> N. de la E.: En las elecciones del 2 de noviembre de 2010, en el estado de California se votó la Proposición 19 que proponía legalizar varias actividades relacionadas con la marihuana. Fue rechazada con el 53,8% de los votos.

Este libro reúne las ponencias presentadas en la I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas, realizadas en Buenos Aires y Río de Janeiro, en 2009 y 2010 respectivamente. Su objetivo es contribuir al debate regional y ser una herramienta útil para quienes se encuentran comprometidos con un proyecto de reforma de las políticas de drogas que asegure la reducción del estigma y la criminalización de amplios sectores de nuestras comunidades, el acceso a sistemas extensivos de protección social mediante el incremento de recursos y la reorientación de las prioridades, y la efectiva persecución penal hacia el crimen organizado y la corrupción.





Este libro reúne las ponencias presentadas en la I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas, realizadas en Buenos Aires y Río de Janeiro, en 2009 y 2010 respectivamente. Su objetivo es contribuir al debate regional y ser una herramienta útil para quienes se encuentran comprometidos con un proyecto de reforma de las políticas de drogas que asegure la reducción del estigma y la criminalización de amplios sectores de nuestras comunidades, el acceso a sistemas extensivos de protección social mediante el incremento de recursos y la reorientación de las prioridades, y la efectiva persecución penal hacia el crimen organizado y la corrupción.

